

UNIVERSITÉ DE CAEN
FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1975

N° 2 4 1

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Monsieur DAVY Jean-Pierre
Interne du Centre Hospitalier Universitaire de CAEN
né le 27 Janvier 1944, à LISIEUX

présentée et soutenue publiquement le 29 SEPT. 1975

Titre de la Thèse :

**Contribution à l'Etude de l'Evolution
de l'Anorexie Mentale**

Président : Monsieur le Docteur POILPRÉ, Professeur

UNIVERSITE DE CAEN

FACULTE DE MEDECINE

Année 19

N°

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme)

par

Monsieur DAVY Jean-Pierre

né le 27 janvier 1944 à LISIEUX

présentée et soutenue publiquement le

TITRE DE LA THESE :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'EVOLUTION DE L'ANOREXIE MENTALE

Président : Monsieur POILPRE , Professeur.



FACULTE DE MEDECINE

PROFESSEURS

MM.	EVARD	Clinique chirurgicale A
	FABRE	Physiologie
	FERNANDEZ	Physique médicale
	FOUCAULT	Pathologie expérimentale
	GUIHARD	Pédiatrie
	LACROIX	Clinique et pathologie chirurgicale B
	LEMENAGER	Clinique médicale A
	LEVY	Clinique obstétricale
	LHIRONDEL Jean	Clinique médicale infantile
	MOREL Claude	Bactériologie, Virologie
	MORIN	Sémiologie médicale
	OLIVIER	Clinique médicale B
	PHELINE	Anatomie
	POULAIN	Médecine opératoire
	ROUSSELOT	Anatomie pathologique
	SALVINI	Pharmacologie
	VALLA	Médecine générale et thérapeutique
	VILLEY	Clinique médicale C

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	DROSDOWSKY	Biochimie médicale
	IZARD	Histologie et Embryologie
	POILPRE	Psychiatrie
	THERET	Histologie et Embryologie
	VENEZIA	Pédiatrie-génétique

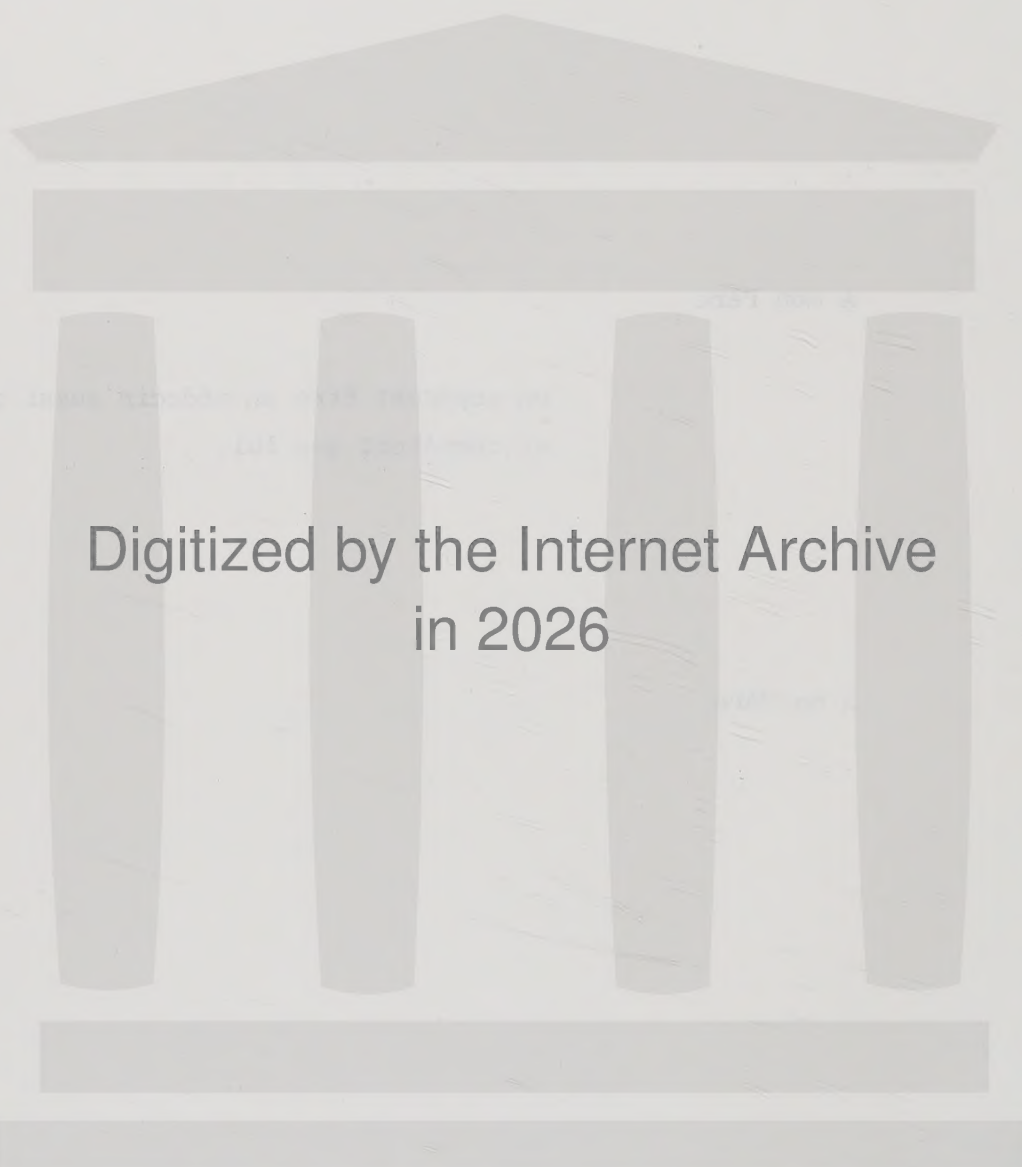
MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.	ADAM	Neuro-chirurgie
	AUBRIOT	Orthopédie, traumatologie
	BAZIN	Thérapeutique, réanimation médicale
	BEUVE-MERY	Médecine interne
	BEZARD	Chirurgie générale
	DAVERNE	Electro-radiologie
Mlle	DENIZET	Radiologie
	DESCHAMPS	Dermatologie
	GAUBERTI	Médecine préventive et santé publique, Hygiène
	GIGNOUX	Chirurgie générale
	HOUTTEVILLE	Neuro-chirurgie
Mme	LECACHEUX	Maladies infectieuses
	LECHEVALIER	Neurologie
	LECOQ	Ophtalmologie
	LEYMARIE	Biochimie médicale
	LOYAU	Rhumatologie
	MANDARD	Anatomie pathologique
	MOREL Pierre	Psychiatrie d'adultes
	MOULIN	Pharmacologie
	MULLER	Gynécologie, obstétrique
	POTIER J.C.	Médecine expérimentale
	POTTIER M.	Physiologie
	QUESNEL	Anesthésiologie
	THOMAS	Immunologie, hématologie
	VERWAERDE	Thérapeutique
	ABBATUCCI	Radiologie (Maître de conférences associé)

A mon Père,

en espérant être un médecin aussi dévoué
et compétent que lui,

A ma Mère,



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550818_0036

A Annie,

A mes enfants, Benoît et Claire,

A ma famille,

A mes amis,

A Monsieur le Professeur POILPRE,

Il nous a fait l'honneur d'accepter la
Présidence de cette thèse,

En témoignage de notre reconnaissance pour
tout ce que nous lui devons de notre formation
et pour la confiance qu'il veut bien nous
accorder,

A Monsieur le Professeur VALLA,

pour tout l'enseignement clinique qu'il nous
a transmis avec enthousiasme et simplicité,

A Monsieur le Professeur Agrégé MOREL,

qui nous a toujours témoigné beaucoup de
sympathie et qui nous guida de ses conseils,

A tous nos Maîtres

- du Centre Hospitalier Régional de CAEN,
- de l'hôpital Psychiatrique du Bon Sauveur
de CAEN,
- et de la Faculté de Médecine de CAEN.

P L A N

=====

I	- INTRODUCTION	p. 1
II	- METHODOLOGIE	p. 2
III	- DEVENIR	p. 14
	- Le Devenir Global	
	- Le Poids	
	- Le Cycle menstruel	
	- Les Conduites Alimentaires et les Fonctions Digestives	
	- L'Etat Mental et l'Insertion Familiale et socio- professionnelle	
IV	- OBSERVATIONS	p. 87
V	- CONCLUSIONS	p. 152

I N T R O D U C T I O N

Notre Internat en Psychiatrie au Centre Hospitalier Régional de CAEN, nous a démontré la fréquence de l'anorexie mentale. Très rapidement la rencontre avec ces jeunes malades nous a fait découvrir une donnée à la fois surprenante et frustrative à savoir la coupure brusque de toute relation avec nos anorectiques dès leur sortie du service. Alors que pour toutes les autres catégories de malades se nouait avec une fréquence satisfaisante un contact plus ou moins durable à travers la consultation externe après la sortie du service, permettant de connaître l'évolution ultérieure, nos jeunes anorectiques disparaissaient sans que leur devenir ultérieur nous soit en rien connu. L'évolution immédiate, favorable dans la majorité des cas après une cure d'isolement représentait-elle un résultat définitif pouvant permettre de parler de guérison ou bien à l'inverse notre traitement n'avait-il permis qu'une péripiétie apparemment satisfaisante mais sans lendemain.

C'est pour essayer de répondre à cette question que nous avons entrepris ce travail.

Une revue de la littérature où, parmi les travaux récents dominent les noms de KAY D.W.K. (62) (63) (64) (65) (66), de NEMIAH J.C. (89) (90) (91), de SAMUEL LAJEUNESSE B. (105)(106) (119), de DALLY P.J. (28) (29) (30) (31) (32) et de THEANDER S. (114) nous a permis d'établir une méthode d'examen et des questionnaires afin de codifier une enquête. Ce sont les résultats de cette dernière, comparés à ceux des auteurs, qui sont exposés dans ce travail. Les symptômes majeurs de l'anorexie mentale ont été étudiés un par un en essayant de reconstituer le curriculum vitae des malades depuis leur naissance jusqu'à l'information la plus récente reçue au cours de l'enquête. Les données ainsi recueillies nous ont, semble-t-il, permis de dégager non seulement des données évolutives, mais aussi des éléments de pronostic.

M E T H O D O L O G I E

L'étude porte sur les malades hospitalisées dans deux services du Centre Hospitalier Régional de CAEN.

52 d'entr'elles ont été admises d'emblée dans le service de psychiatrie.

9 dans le service de gastro-entérologie. 4 de celles-ci ont été mutées secondairement en psychiatrie.

Notre travail porte donc sur 57 dossiers.

Ceux-ci répondent aux critères diagnostiques suivants :

- une perte de poids d'au moins 10 % par rapport au poids antérieur maximum.
- une aménorrhée toujours supérieure à trois mois, ou une irrégularité menstruelle supérieure à six mois (ce dernier cas est représenté par une observation : Mme COR..., n° 14)
- l'absence de troubles psychotiques patents lors de la première hospitalisation, et,
- l'absence de tout facteur somatique susceptible d'engendrer une telle symptomatologie.

Enquête auprès des médecins

Une demande d'information a été adressée à 48 des médecins qui nous avaient envoyé les malades.

En effet 9 n'ont pas pu être contactés :

- 3 ont quitté la région,
- 3 sont des médecins hospitaliers qui ne suivent pas habituellement la malade
- 1 est un proche parent de l'anorectique
- 2 des malades sont venues directement en consultation et n'ont pas désiré nous indiquer le nom de leur médecin traitant lors de leur sortie.

Chaque médecin contacté a reçu :

- une lettre où figurait le nom de leur malade, son année d'hospitalisation et son âge lors de son admission, et,
- un questionnaire ainsi rédigé :

" Suivez-vous toujours cette malade ?

- Si non avez-vous des renseignements sur son devenir ?

Connaissez-vous son poids actuel ?

- Est-il stable ?

Ses cycles menstruels sont-ils normaux ?

- Depuis quand ?
- De quelle façon ?
 - . Spontanée ?
 - . Par hormonothérapie ?

Est-elle toujours célibataire ?

Est-elle mariée ?

A-t-elle été enceinte ?

A-t-elle des enfants ?

Pensez-vous qu'elle mène une vie sexuelle ?

" que celle-ci est 'satisfaisante' ?

Persiste-t-il toujours :

- des troubles de l'appétit ?
 - . anorexie chronique
 - . boulimie épisodique
 - . dégoût pour certains aliments
- des vomissements ?
- une constipation ?
- des préoccupations pondérales (peur d'être grosse) ?

Son état mental est-il normal ?

Existe-t-il :

- des troubles du caractère ?
- des symptômes névrotiques ?
- des symptômes psychotiques ?

A-t-elle une vie relationnelle ?

Son activité professionnelle ou au foyer est-elle régulière et stable ?

- . irrégulière ?
- . nulle ? "

30 des 48 médecins contactés ont répondu à notre demande d'information ; 22 de ceux-ci ne suivent plus la malade :

- 4 ne l'ont jamais revue depuis qu'ils l'ont faite hospitaliser
- 18 ont cependant été en mesure de fournir des renseignements sur leur devenir après enquête auprès des proches de celle-ci.

Il est à remarquer que seulement 8 médecins suivent toujours leur malade.

Au total, ayant exclu les dossiers des 4 malades qui n'ont jamais été revues, les réponses des médecins nous permettent de faire état de 26 dossiers. Ceux-ci ont été pris en considération, même s'il ne figurait qu'une seule information intéressant le devenir de nos patientes.

Tableau résumant les réponses des médecins
à notre demande de renseignements.

Nombre total de dossiers	57	9	Médecins non contactés
Nombre de médecins contactés	48	18	Médecins n'ayant pas répondu
Nombre de médecins ayant répondu	30	4	Médecins n'ayant jamais revu la malade depuis son hospital.
Nombre de médecins ayant pu fournir des renseignements	26	18	Médecins ne suivant plus la malade, mais ayant obtenu des informations
Nombre de médecins qui suivent toujours la malade	8		

Enquête auprès des malades.

Dans un deuxième temps, nous avons adressé à nos malades, soit dès la réception de la réponse du médecin, soit, en l'absence de cette dernière, dans la semaine du 16 au 22 juin 1975, une lettre nominative ainsi rédigée.

" Mademoiselle, (ou Madame),

Vous avez été hospitalisée, dans notre service, en 19.., pour des troubles du poids et de l'appétit.

Nous nous interrogeons, actuellement, ainsi que d'autres confrères, sur le traitement qui serait le mieux adapté à ces troubles. Peut-être l'isolement strict tel que nous avons cru devoir vous l'appliquer a-t-il représenté une épreuve pénible.

Aussi nous aimerions connaître votre point-de vue, les renseignements que vous nous fournirez rendront très certainement service aux jeunes filles atteintes des mêmes troubles que nous aurons à soigner à l'avenir.

D'avance nous vous remercions pour cette collaboration. Celle-ci peut s'exercer sous deux formes :

- la plus efficace consiste à revenir nous voir pour discuter avec nous de votre état actuel. Si cette solution rencontre votre agrément, voulez-vous vous mettre en rapport avec le service.
- pour le cas où vous ne souhaiteriez pas une telle rencontre nous vous joignons un questionnaire auquel il vous est bien sûr possible d'ajouter toutes les suggestions qui vous paraissent utiles.

Je vous prie..... "

Le questionnaire est ainsi rédigé :

" Mademoiselle ...

- Depuis votre sortie, avez-vous à nouveau été hospitalisée ?

Si oui : Pourquoi ?

Combien de fois ?

Combien de temps ?

A quel endroit ?

- Suivez-vous actuellement un traitement ?

Si oui : Lequel ?

- Avez-vous suivi une psychothérapie ?

Si oui : Pendant combien de temps ?

- Quelle est votre taille actuelle ?

- Combien pesez-vous ?

- Votre poids a-t il tendance à varier ?

et dans quelles proportions ?

- Etes-vous réglée ?

Depuis combien de temps ? (mois et année)

Avec l'aide d'un traitement ou non ?

Le poursuivez-vous toujours ?

Vos règles sont-elles régulières ?

" sont-elles douloureuses ?

" sont-elles d'abondance normale ?

- Votre appétit vous paraît-il normal ?
 - " " " insuffisant ?
 - " " " excessif ?
- Existe-t-il des périodes où il varie ?
Dans quel sens ?
- Certains aliments vous dégoutent-ils ?
Si oui : Lesquels ?
- Suivez-vous un régime ?
Si oui : De quel type est-il ?
Et pourquoi ?
- Etes vous habituellement constipée ?
Vous traitez-vous pour ce fait ?
- Avez-vous fréquemment des vomissements ?
- Pensez-vous que votre poids est :
 - . nettement trop haut ?
 - . un peu trop haut ?
 - . juste bien ?
 - . un peu trop bas ?
 - . nettement trop bas ?
- Exercez-vous un métier ?
Si oui : Lequel ?
Votre état de santé vous oblige-t-il à de fréquents arrêts de travail ?
Si non : votre activité ménagère vous paraît-elle difficile à exécuter
ou non ?
- Etes-vous : Célibataire ?
Mariée ? Si oui : depuis combien de temps ?
Fiancée ?
- Votre union vous paraît-elle heureuse ?
- Avez-vous été enceinte ?
- Avez-vous des enfants ?
Si oui, combien ?
Quels âges ont-ils ?
Sont-ils en bonne santé ?
- Quelle est, parmi les phrases suivantes, celles qui durant ces dernières années, vous paraît refléter le mieux votre état ?
 - " Je ne suis pas une personne nerveuse, je me sens normalement heureuse"
 - " Habituellement je me sens bien, mais parfois, sans grande raison, je me sens anxieuse ou j'éprouve d'autres signes de nervosité "
 - " Je me sens plus nerveuse que la plupart des gens, mais mon état n'est pas tel qu'il me soit nécessaire de consulter un spécialiste "
 - " Je suis nerveuse et j'ai besoin de temps à autre de consulter un spécialiste".
- Pouvez-vous répondre par : "toujours", "souvent", "parfois", "rarement" ou "jamais" aux questions suivantes :
 - . vous fatiguez-vous facilement ?
 - . vous sentez-vous anxieuse ?
 - . vous sentez-vous déprimée ?
 - . avez-vous des difficultés pour dormir ?
 - . avez-vous le sentiment d'être seule, timide, et d'avoir peu d'amis ?

- . manquez-vous de confiance en vous ?
 - . Êtes-vous facilement irritable ?
 - . avez-vous une tendance excessive à l'ordre ?
- Aimez-vous "sortir" et vous distraire ?

40 dossiers contenaient des renseignements d'adresses suffisants pour que les malades puissent être contactées. 22 ont répondu à la demande d'information. 2 questionnaires sont revenus avec la mention "sans l'envoyeur". Un seul des deux dossiers a été pris en considération, le médecin ayant par ailleurs fourni des renseignements.

Parmi les 22 réponses obtenues :

- 11 malades sont venues nous voir personnellement
 - . 9 à la suite de la lettre qui leur a été adressée.
 - . 1 après une prise de contact téléphonique sur notre propre initiative (obs. N° 5, Mlle LAI...)
 - . 1 à l'occasion d'une consultation où elle s'adressait à nous pour la première fois (obs. N° 11, Mme TH...)

Il faut noter qu'une malade, qui a été exclue de ce groupe, nous a téléphoné personnellement en nous fixant un rendez-vous. Elle ne s'est pas présentée à l'heure convenue et ne nous a pas renvoyé le questionnaire (obs. N° 26, Mlle MUZ...).

La motivation de leur démarche la plus fréquemment exprimée est la suivante : "Cela peut servir aux autres". La demande de soin n'a jamais été ouvertement explicitée, même pour l'observation n° 11 (Mme REN...), le mari ayant provoqué la consultation.

- 11 malades se sont bornées à répondre par écrit à l'enquête
 - . 5 ont rempli le questionnaire et ont ajouté une lettre où elles expriment leurs sentiments vis-à-vis de l'isolement.
 - . 4 ont uniquement répondu au questionnaire.
 - . 1 a seulement envoyé une lettre (Obs. N° 13, Mlle ROB...)
 - . 1 a rempli le questionnaire adressé à son médecin, mais non celui que nous lui avons adressé (obs. N° 21, Mlle HOS...).

Au total 21 questionnaires ont été remplis par les 40 malades contactées.

Tableau résumant les réponses des malades à notre demande de renseignements

Nombre total de dossiers	57	17 malades non contactées
Nombre de malades contactées	40	18 malades n'ont pas répondu
Nombre de réponses de malades	22	1 malade a répondu uniquement par une lettre
Nombre de questionnaires remplis	21	5 malades ont seulement rempli le questionnaire
Nombre de questionnaires accompagnés d'un apport plus personnel	16	7 malades ont ajouté une lettre au questionnaire
Nombre d'entretiens	11	1 malade accepte l'entretien alors qu'elle consulte pour un autre motif
Nombre d'entretiens provoqués par l'enquête	10	1 malade accepté après un contact téléphonique
Nombre d'entretiens provoqués par la lettre	2	

Résultat global de l'enquête

Nous avons éliminé de nos résultats les dossiers dont les malades et leurs médecins n'ont pas pu être contactés. Nous faisons donc état de 44 dossiers.

Selon l'année d'hospitalisation ceux-ci se répartissent de la manière suivante :

Année d'hospitalis.	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Nombre de cas	4	6	5	5	5	3	3	5	7	1

Il existe donc 25 cas qui ont été hospitalisés il y a 5 ans ou plus.

Sur ces 44 observations, nous avons obtenu des renseignements sur le devenir de nos malades depuis leur dernière hospitalisation pour 35 d'entr'elles.

Notre matériel d'étude est composé de la manière suivante :

- la totalité de ces 44 malades est du sexe féminin.
- 41 ont débuté leur anorexie avant l'âge de 25 ans.

En effet :

- l'observation n° 12 concerne Mme LET... qui débuta son affection à 47 ans, son mari l'ayant délaissée 19 ans plus tard en lui laissant 5 enfants à charge, alors que son poids antérieur était de 50 kgs, elle ne pèse toujours que 35 kgs.

- l'observation n° 14, Mme COR..., mariée, accouche à 25 ans d'une fille. L'anorexie s'installe dans les suites de cet événement. Elle est hospitalisée à 27 ans, son poids est de 43 kgs, ses cycles sont irréguliers. Actuellement, le syndrome d'anorexie mentale a disparu, elle pèse entre 54 et 48 kgs et ses règles sont toujours irrégulières.

- l'observation n° 33, Mlle FER... débute sa maladie à 31 ans et 6 mois par une aménorrhée, son poids descend à 37 kgs. Six ans plus tard, son poids est identique et elle est toujours aménorrhéique.

Hormis l'observation n° 14, citée ci-dessus, toutes nos malades ont été aménorrhéique au moins 11 mois.

Lors de leurs hospitalisations aucunes ne présentaient de troubles patents de la série psychotique.

Au total, trois observations peuvent être considérées comme entrant dans le cadre de forme clinique atypique. Le reste de notre population est homogène, soit 41 dossiers.

Les auteurs français soulignent que les anorectiques mentales sont habituellement perdues de vue (94), (37). Ils ont éprouvé des difficultés pour les rencontrer à nouveau :

Ainsi SAMUEL-LAJEUNESSE, en 1966 (105) disposant de 90 dossiers de services différents, ne peut contacter que 31 malades dont 23 ont été revues par l'auteur et 8 ont fourni des "nouvelles suffisantes pour en faire état".

CARRIER, en 1963 (20) partant de 144 observations n'obtient des données évolutives que pour 60 d'entr'elles.

De même WOLF, en 1973 (123) ne peut retenir que 58 dossiers sur les 100 dont il disposait.

Par contre, les auteurs anglo-saxons paraissent s'être heurtés avec moins d'acuité à ce genre de difficultés :

BERCK, en 1954⁽⁵⁾, partant de 28 malades, n'obtient pas de renseignements pour 3 d'entr'elles.

THEANDER, en 1970 (114) revoit 79 anorectiques sur un matériel de 84 cas. Sur les 5 non contactées, 3 habitent une région géographiquement lointaine et 2 ont refusé l'examen.

KAY, en 1972 (66) ne peut pas contacter 5 malades alors qu'il dispose de 65 dossiers.

DALLY, en 1972 (32) parvient à en réexaminer 31 sur 42 malades.

Ces auteurs soulignent le peu de demande de soins lors de ces enquêtes : 10 cas sur 84 pour THEANDER en 1970 (114) et 5 cas sur 42 pour DALLY en 1972 (32).

Devant la difficulté des auteurs français et la notre à retrouver nos anciennes patientes, nous nous sommes demandés si cette proportion importante de malades refusant leur coopération n'était pas susceptible de fausser nos résultats. Nous ne savons pas, en effet, si celles-ci sont guéries ou non. Nous avons tenté de savoir s'il existe des éléments qui permettraient de les différencier du groupe de celles qui ont répondu.

Ainsi sur les 40 lettres envoyées aux malades 18 sont restées un mois et demi après leur mise à la poste sans réponse.

Parmi les 18 malades correspondantes, leur médecin nous a fourni des renseignements sur le devenir de 8 d'entr'elles (de l'obs. n° 23 à l'obs. N° 29). Nous avons mis à part l'obs. n° 33, Mlle FERD..., sa lettre nous étant revenue avec la mention "retour à l'envoyeur". Sur les 7 observations restantes on peut constater que :

- le médecin continue à suivre régulièrement 3 d'entr'elles, ce qui est nettement supérieur à la proportion de l'ensemble des dossiers.

- que sur les 4 poids indiqués, 2 sont normaux et 2 sont inférieurs de 10 % au poids théorique.

- que sur les 5 cycles menstruels indiqués, deux sont spontanément normaux, un est irrégulier, deux sont absents.

- qu'une s'est mariée alors que lors de son hospitalisation elle était célibataire.

Ce groupe de 7 malades est formé par des hospitalisées récentes (en 1972 et en 1974). Le recul par rapport au premier symptôme est inférieur à 2 ans pour 5 d'entr'elles.

Ainsi malgré la brièveté du recul, la proportion de malades semblant "guéries" de leur syndrome d'anorexie mentale semble importante par rapport au reste de notre population quand nous avons un tel recul. On peut se demander si ce groupe n'est pas caractérisé surtout par des patientes dont le syndrome n'a été qu'un "accident" dans leur vie, ce qui pourrait expliquer qu'elles soient peu motivées pour venir nous revoir. Par contre, le médecin qui nous l'a adressé, pourrait avoir un souvenir encore assez vivace de l'épisode pour nous fournir sa collaboration.

Sur les 9 malades restantes dont ni le médecin, ni elle même n'ont répondu à l'enquête :

- un dossier a été écarté de notre matériel, le médecin n'ayant pas pu être contacté et la lettre adressée à la malade étant revenue avec la mention "retour à l'envoyeur".

- les 8 observations restantes (du n° 36 au n° 44) sont caractérisées par :

- . l'ancienneté de l'hospitalisation (5 cas avant 1970)
- . un niveau socio-culturel bas (8 cas sur 8)
- . une évolution courte de la maladie avant le traitement par l'isolement, (un an en moyenne, en excluant le cas n° 41 concernant Mlle LET... dont la maladie évoluait depuis 14 ans lors de l'hospitalisation).

On peut se demander si ce groupe n'a pas comme originalité de présenter un éloignement tel par rapport à l'épisode anorectique que non seulement la malade, mais aussi le médecin ne trouvent plus de motivation pour répondre à notre enquête.

Enfin, on est frappé par la quasi absence d'hospitalisation pour anorexie chronique (sauf le cas n° 41 cité ci-dessus) dans ce lot de 18 malades, ce qui contraste avec les 22 qui ont répondu à l'enquête ou l'on en dénombre 3 qui évoluaient depuis plus de cinq ans avant leur hospitalisation.

Il faut également noter qu'une seule de ces 18 malades, qui ont refusé leur collaboration, est sortie contre avis médical, alors que 8 des 22 qui ont répondu à notre demande d'information ont eu une telle attitude.

Cependant, il nous paraît que ces remarques ne peuvent servir que comme d'éventuelles hypothèses pour un travail ultérieur où les moyens d'information seraient plus importants.

Quoi qu'il en soit, il nous semble que l'on est en droit de se demander si l'élimination de certains dossiers jugés "insuffisants" ne représente pas un facteur susceptible de modifier les résultats. Le dossier incomplet (que ce manque d'information ait lieu lors de l'hospitalisation ou lors de la réponse au questionnaire adressé à la malade ou à son médecin) n'est-il pas celui qui a le moins intéressé ? Une telle réaction n'est peut-être pas obligatoirement le fait du hasard, mais est susceptible d'être en relation

avec un mode évolutif particulier de la maladie.

C'est pourquoi nous nous sommes attachés à garder un nombre maximum de dossiers. Dès qu'une information sur le devenir de la malade est à notre disposition, même si celle-ci est unique, nous en avons fait état dans ce travail.

Ce fait explique le nombre variable de dossiers étudiés dans chacun des chapitres relatif à un symptôme donné, à un type d'information déterminé.

DEVENIR DES ANOREXIES MENTALES

Introduction

Pour ce chapitre nous avons adopté le plan d'exposition suivant :

Dans un premier temps nous avons tenté de faire état du devenir global de nos malades. Mais la multitude des critères de guérison susceptible d'être adoptés est telle que ce travail nous a paru de peu de valeur. C'est pourquoi certains auteurs (DALLY en 1961)(29) et SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) ont préféré classer leurs malades en fonction de 7 paramètres chacun étant coté de 0 à 2. Ceci leur permet de définir trois groupes de malades :

- G I > 7 points : "non guéries"
- G II entre 7 et 9 points "améliorées"
- G III < 10 points : "guéries"

Si cette méthode a "l'avantage d'aboutir à des résultats nettement définis et susceptibles d'être confrontés avec ceux obtenus par d'autres", elle ^{ne}/nous paraît pas à l'abri de toute critique. Ainsi on peut se demander si certains paramètres ont la même valeur que d'autres : par exemple le poids et le mariage et si une pondération différente ne devrait pas leur être attribuée, mais alors laquelle faudrait-il choisir ? De plus elle oblige à éliminer les dossiers incomplets où un ou plusieurs de ces paramètres sont absents, ce qui représente une sélection du matériel étudié et nous avons déjà remarqué que ce fait nous paraissait susceptible de fausser les résultats.

Dans un deuxième temps nous avons étudié le devenir de chaque symptôme de la maladie. Pour chacun, nous l'avons suivi depuis la naissance de la malade jusqu'à la date de la dernière information recueillie et nous avons tenté de dégager des éléments pronostiques. Nous les avons classés en fonction des résultats obtenus lors de l'étude globale du devenir. Ceci permet de juger de leur persistance ou non alors que la malade est considérée comme apparemment "guérie" ou "toujours anorectique mentale". Quatre chapitres ont été ainsi successivement traités :

- Le poids - Les rechutes - Les décès

- Le Cycle menstruel
- Les conduites alimentaires et la symptomatologie digestive.
- L'état mental et l'insertion familiale et socio-professionnelle.

LE DEVENIR GLOBAL

Nous avons classé nos dossiers selon qu'il existait ou non un syndrome d'anorexie mentale lors de la dernière information recueillie.

Nous avons considéré comme n'étant plus atteintes par cette maladie, les patientes :

- dont le poids est stable et compris dans les limites des 10 % du poids théorique. Celui-ci est calculé à l'aide de la formule de POLTON.

$$P \text{ (en kgs)} = T \text{ (en cm)} - 100 - \left(\frac{T - 100}{10} \right)$$

- dont les cycles sont spontanés et réguliers lorsque le dossier ne comportait pas assez d'éléments pour calculer le poids théorique.

- et enfin, si cette dernière information était absente, les patientes qui ont des enfants depuis leur épisode anorectique.

Ce choix des critères de guérison est basé sur les données les plus solides de la littérature (32), (38), (64), (71), (91), (85), (106), (108) et (114).

En effet, nous connaissons :

- pour 20 de nos patientes, leur poids théorique et leur poids en juillet 1975
- pour 3 autres nous savons qu'elles sont toujours aménorrhéiques (obs. n° 24, 27 et 33)
- pour 2 autres, qu'elles ont des règles régulières et spontanées (obs. n° 25 et 28)
- pour 4 autres qu'elles ont eu des enfants depuis leur maladie (obs. n° 30, 31, 32 et 34)
- pour 3 autres, le médecin nous précise que le poids est resté "bas" (n° 13, 21 et 35)
- enfin pour l'obs. n° 15 son poids en juillet est comparable à celui de son admission et pour la n° 17 son poids est comparable à celui où la sortie avait été autorisée.

En fonction de ces différentes informations, nous obtenons les résultats suivants sur nos 44 malades, :

- 26 sont toujours anorectiques mentales (groupe "A")
- 18 ne le sont plus (groupe "B")

Les proportions peuvent paraître importantes mais nous ne devons pas oublier que pour certains dossiers la dernière information recueillie est contemporaine de leur hospitalisation, ainsi les avons nous classés en fonction du recul dont nous disposons par rapport au premier symptôme de la maladie.

Nombre d'années de recul	-	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	14	18	19	Total
	1	à 2	à 3	à 4	à 5	à 6	à 7	à 8	à 9	à 10	à 11	à 12	à 15	à 19	à 20	
Groupe A	3	5	5	4	1	3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	26
Groupe B	0	2	2	1	0	2	2	2	1	2	3	1	0	0	0	18
Total	3	7	7	5	1	5	3	2	2	2	3	1	1	1	1	44

La durée moyenne du recul dont nous disposons est d'environ de 6 ans. Celui-ci varie de moins d'un an à 19 ans.

Nous constatons que le rapport du groupe A sur le B tend à s'inverser aux alentours de 5 à 7 ans, ce qui tendrait à prouver que la maladie peut évoluer jusqu'à cet âge tout en restant réversible. Cependant les premières guérisons apparaissent au bout d'un an.

La proportion de "guéries" est beaucoup plus importante lorsque l'on dispose d'un recul de 5 ans au moins : 20 malades répondent à cette condition, 13 d'entr'elles sont "guéries".

Les données de la littérature (confère le tableau les résumant)

Nous avons relevé 22 publications faisant état d'un certain recul, ce qui représente au total 701 malades. Près de 50 % (347 cas) de ceux-ci ne présentent plus de syndrome anorectique. Plus de 6 % (42 cas) sont décédés. Un peu plus de 40 % (216 cas) sont soit améliorés (139 cas), soit non améliorés (112 cas). NEMIAH en 1958 (90) en colligeant le devenir de 282 patients

trouve 129 cas de guéries (45,7 %), 69 cas d'améliorées (24,5 %), 62 cas (21,9 %) de malades chroniques et 22 cas (7,8 %) de décédés du fait de la maladie.

Cependant la valeur d'une étude comparative des différentes publications est relative, comme l'ont déjà souligné de nombreux auteurs (NEMIAH en 1950 (89), BLISS et BLANCH en 1960 (13), KAY et SCHAPIRA en 1965 (64), SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106), DALLY en 1969 (32), THEANDER en 1970 (114) et HALMI et Als en 1973 (56).

En effet les critères diagnostiques varient en fonction des conceptions psychopathologiques de chacun. Aussi nous avons indiqué entre parenthèses le nombre d'anorexie mentale obéissant à des critères stricts, (Poids inférieur de 10 % au poids théorique, aménorrhée d'au moins 6 mois lors de l'hospitalisation, absence de troubles psychotiques patents) lorsque les informations contenues dans les travaux étaient suffisants pour une telle détermination. Dans ces conditions la proportion de malades guéries reste sensiblement la même. Par contre, celle des non guéries tend à augmenter. Les décès sont relativement moins nombreux.

Les résultats de ce tableau se heurtent à d'autres critiques.

Les critères de guérison varient eux aussi en fonction des différentes publications. Les termes employés pour rendre compte de l'état de la malade sont trop souvent flous. Que faut-il entendre, en effet, par des adjectifs comme "guéries", "améliorées", "non améliorées" ou chez les auteurs anglo-saxons "all did well", "recovered", "marked improvement", "some benefit", "unimproved", "worse", "satisfactory", "did poorly", "good", "fair", "well", "poor", "relapsed", etc...?

Pour d'autres auteurs la précision est plus importante. Ce sont ces publications que nous avons particulièrement retenues. Cependant pour certains un poids normal et stable est suffisant pour affirmer la guérison, d'autres exigent des cycles menstruels normaux ou une absence de troubles persistants des conduites alimentaires, voire l'intégrité des fonctions psychiques. Si bien que la plupart des auteurs expriment leurs résultats en fonction de critères multiples et différents. Leur comparaison globale est donc aléatoire.

EVOLUTION A LONG TERME DES ANORECTIQUES MENTALES SELON LES AUTEURS

(Les nombres indiqués entre parenthèses concernent les malades présentant une anorexie mentale typique)

AUTEURS	Recul	Nombre total de cas	Guéris	Améliorés	Non Améliorés	Décès
MAC CULLAGH 1940	2 à 7 ans	27 (17)	12 (9)	6 (4)	7 (4)	2
NEMIAH 1950	?	12	2	9 rechutes		1
HERTZ 1952	?	38	21	17		
BECK 1954	1 à 25 ans 11,8 de moy.	25 (15)	20 (12)		4	1
GROSSMAN 1957	Plus d'1 an	(12)	(12)			
LESSER 1960	5,3 ans de moy.	15	7	6	2	0
VAN BEUGEN 1961	6 mois à 9 ans	26	12	15		
DALLY 1961	1 à 21 ans	77	21	28	26	2
MEYER 1961	10 ans	20	7 (+3 schizo.)		7	3
THOMA 1961	2 ans	30	10	10	10	
SELVINI 1963	1 à 11 ans	25	8 (+1 schizo.)	4	3	3
CRISP	2,5 ans	21	17		2	2

SAMUEL	1966	10 ans	(31)	(10)	(8)	(13)	
BROWNING	1968	1 à 32 ans	36	18	9	6	3
SEIDENSTICKER	1968	17 cas 10 ans	53	20	16	8	9
FARQUARSON	1969	20 à 30 ans	(15)	(10) (+3 névros.) (+1 schizo.)	(1)	(1)	(0)
WALL	1969	2 à 20 ans	(15)	(3)	(7)	(4)	(1)
THEANDER	1970	6 ans au moins	95 (82)	58	20	7	10
KAY	1972	3 à 10 ans	60	30	2 3	7	
HALMI	1973	1 an au moins	42	21	6	15	0
WOLF	1973	31 cas 5 ans	58	11 (+3 mentaux)	10	7	
KANIS	1974	5 à 15 mois	12	6 retours de règles	6		
TOTAL			701 (105)	347 (42)	139 (19	112 (22)	42 (3)
			100 %	49 %	19 %	8 %	16 %
							6 %

Enfin, le recul dont chacun fait état est lui aussi variable. Les uns exigent au moins un an (GROSSMAN 1957 (53) - HALMI et Als 1973 (56)), d'autres ont pu retrouver des patientes qu'ils avaient suivi il y a 20 ou 30 ans (FARQUARSON et HYLAND en 1966 (50)). De plus le point de départ à partir duquel est calculé ce recul n'est pas toujours défini avec précision. Les uns prennent en compte la première hospitalisation de la patiente, les autres la date d'admission dans leur service, ou le premier symptôme de l'affection, voire encore un symptôme choisi arbitrairement tel que l'anorexie, l'amaigrissement ou l'aménorrhée.

Cependant un certain nombre de publications s'accorde pour admettre qu'au-delà d'une certaine durée d'évolution de la maladie, quelque soit le recul dont on dispose, le pourcentage des malades guéries et celui des non guéries reste sensiblement le même. Ainsi DALLY en 1968 (32) le fixe à 5 - 7 ans et THEANDER en 1970 (114) à 6 ans. Cependant, il faut remarquer que chacun de ces auteurs cite des cas, assez rares il est vrai, de guérison au-delà de ces délais : 2 sur 140 pour le premier, 9 sur 84 pour le second.

Quant à la durée moyenne de la maladie, elle aussi varie en fonction des critères de guérison, c'est pourquoi nous avons préféré étudier la durée de chaque symptôme dans les chapitres correspondants.

L E P O I D S

La perte de poids est le symptôme majeur de l'anorexie mentale, au point que certains en ont fait le critère exclusif de la maladie (BLISS et BLANCH en 1960 (13)).

Nous avons étudié successivement :

- Le poids de naissance
- Le poids maximum antérieur à la maladie
- Le poids minimum lors de la maladie
- La prise de poids lors de l'hospitalisation
- Le poids de sortie
- Le poids maximum après la sortie
- Les rechutes
- Le poids et les préoccupations pondérales lors de l'enquête.

Le poids de naissance

est connu chez cinq de nos malades. Il est bas chez deux malades du groupe B, normal chez une du groupe B et élevé chez deux, l'une appartenant au groupe A, l'autre au B.

Poids de naissance	Elevé	Normal	Bas	Total
A	1	0	0	1
B	1	1	2	4
Total	2	1	2	5

WALL en 1959 (122) dans un groupe de 15 anorectiques mentales met en évidence qu'elles ont toutes un poids de naissance bas et que deux d'entre-elles sont prématurées. CRISP en 1965 (25) trouve un poids de naissance plus haut que celui des frères et des soeurs par rapport à un groupe névrotique de contrôle. DALLY en 1969 (32) et THEANDER en 1970 (114) ne confirment pas ces données. De plus, pour ce dernier, le poids de naissance n'a pas de valeur pronostique.

Le poids antérieur maximum

Pds ant. max. par rapport au pds théorique	Inf. de 10 %	Entre $\pm$ 10 %	Sup. de 10 %	Total
A	5	6	0	11
B	3	6	2	11
Total	8	12	2	22

Sur les 22 cas où nous possédons ce type d'information le poids antérieur maximum avant le début de la maladie est :

- inférieur de 10 % au poids théorique dans 6 cas, 3 malades appartenant au groupe B et 3 au A.
- compris entre plus ou moins 10 % du poids théorique dans 12 cas dont 6 du groupe B et 6 du A.
- supérieur à 10 % dans 2 cas du groupe B.

Il semble donc qu'un poids antérieur bas soit un facteur de mauvais pronostic.

GROSSMAN en 1957 (53) trouve un poids initial égal au poids théorique dans 11 cas sur 12. DALLY en 1969 (32) fait de l'obésité préexistante un facteur de bon pronostic. HALMI et Als en 1973 (56) ne confirme pas ce fait sur sa série de 36 cas. KANIS et Als en 1974 (61) mettent en évidence sur 24 cas un poids antérieur toujours petit.

L'âge moyen du début de l'amaigrissement

a été calculé chez 19 malades dont le recul par rapport au premier symptôme de la maladie est supérieur à 5 ans. Il est de 16 ans et 11 mois pour 14 malades du groupe B et de 26 ans et 2 mois pour 5 malades du groupe 1. Il semble donc que plus cet âge est jeune, meilleur est le pronostic.

Celui-là est le plus représentatif du début de la maladie, l'aménorrhée étant dans notre série rarement inaugurale (confère le chapitre

suivant). Quant à l'anorexie elle représente un facteur trop subjectif (106) pour permettre de dater le début de l'affection.

Le pronostic est donc bon, lorsque la maladie débute à un âge jeune. La majorité des auteurs arrive à la même conclusion : (HERTZ en 1952 (58), NEMIAH en 1958 (90), LESSER en 1960 (78), SEIDENSTICKER en 1968 (108), THEANDER en 1970 (114) et HALMI en 1973 (56)). SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) en se référant à l'âge d'installation de l'aménorrhée arrive à la même constatation.

Cependant quelques uns refusent d'accorder à ce facteur une telle valeur (BROWNING en 1968 (17), DALLY en 1969 (32) et WOLF en 1973 (124)).

Certains ont décrit des formes cliniques en fonction de l'âge tel que :

- la maigreur fonctionnelle de la jeune fille de ALBEAUX en 1971 (1).
- la forme de la femme adulte de BESANCON en 1969 (10)
- et la forme de la femme mariée de JENOUDET en 1973 (60).

Dans la première le pronostic est bon, dans les deux dernières il est sombre. LABOUCARIE en 1954 (73) insiste sur la fréquence des troubles cénesthopathiques au delà d'un certain âge.

Ceci explique que les publications qui traitent de séries où l'âge moyen des malades est bas font état d'une évolution plus favorable que les autres (LESSER en 1960 (78)). Cependant au-dessous d'un certain âge, il n'existe plus de différence significative. TOLSTRUP en 1965 (118) et THEANDER en 1970 (114) le fixent à 16 ans. Par contre DALLY en 1969 (32) affirme qu'au-dessous de 14 ans le pronostic est moins bon. Enfin LAUNAY en 1965 (76) décrit deux formes d'anorexie chez le petit enfant : l'une de bon pronostic de survenue tardive et l'autre précoce et grave.

Le poids minimum

est le plus souvent celui de l'hospitalisation.

Nous l'avons calculé à partir de celui de 16 malades dont le poids théorique est connu et dont le recul par rapport au premier symptôme de la

maladie est supérieur à 5 ans. Il est de 68 % du poids théorique pour 11 malades du groupe B et de 63 % pour les 5 du A.

Pour la plupart des auteurs il n'existe pas de corrélation entre la sévérité de la perte de poids et la gravité de l'évolution de la maladie. (BLISS en 1960 (13), SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106), BROWNING en 1968 (17), SEIDENSTICKER en 1968 (108), THOMA en 1972 (116), HALMI en 1973 (56), et WOLF en 1973 (124)). Cependant DALLY en 1969 (32) précise que le pronostic est moins bon si l'amaigrissement est lent et si le temps entre le début de la perte de poids et le traitement est important. Cette dernière notion est confirmée par GROSSMAN en 1957 (53), SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) et SEIDENSTICKER en 1968 (108).

Au contraire, BROWNING en 1968 (17) fait de l'hospitalisation un facteur aggravant, voire même nocif. Pour lui l'intervalle entre le début de la maladie et celle-ci n'a pas d'incidence pronostique - POROT en 1973 (95) discute la nécessité d'hospitaliser les anorectiques d'apparition récente.

La prise de poids pendant l'hospitalisation

Nous l'avons exprimée en grammes par jour et calculée de deux façons : durant les 8 ou 15 premiers jours d'hospitalisation et sur toute la durée du séjour.

1. La prise de poids initiale

. Calculée à partir de 41 malades isolées dans le service, elle a été en moyenne de 463 g/jour.

. Lorsque le poids d'entrée est de 65 % inférieur au poids théorique, elle a été pour 5 dossiers de 654 g/jour. Quand ce poids est supérieur à 65 % elle a été de 246 g/jour pour 24 dossiers.

La prise moyenne est de 397 g/jour pour 13 malades appartenant au groupe B et de 421 g/jour pour 5 du A. (le recul étant supérieur à 5 ans)

L'importance de la prise initiale de poids n'est que le reflet de la rétention hydrosodée lors de la reprise de l'alimentation et n'a pas de valeur pronostique à long terme (NEMIAH 1958 (90)).

2. La prise de poids durant tout le séjour

- . Calculée à partir de 42 dossiers elle est de 368 g/jour.
- . Elle est de 209 g/jour pour 6 malades du groupe A et de 322 g/jour pour 12 du B.

. BERCK et BROCHNER-MORTENSEN en 1954 (5) considèrent qu'une réponse pauvre au traitement est un facteur de mauvais pronostic. Par contre pour DALLY en 1966 (30) et en 1969 (32), SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106), THOMA en 1972 (118) et WOLF en 1973 (124) ni l'importance de la prise de poids lors de l'hospitalisation, ni la rapidité n'ont de valeur pronostique.

La rapidité de la reprise de poids est le reflet de la longueur de l'hospitalisation. Nous avons calculé la durée moyenne d'hospitalisation des 20 malades isolées dont le recul est supérieur à 5 ans. Celle-ci est de 42 jours pour les 7 malades du groupe A et de 55 jours pour les 13 du groupe B. SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106), BROWNING en 1968 (17) et DALLY en 1969 (32) constatent de même qu'il n'existe pas de différence significative entre les malades qui guériront et celles qui ne le seront. THEANDER en 1970 (114) met en évidence, par contre, une relation significative entre des hospitalisations prolongées et un devenir défavorable.

Poids de sortie à l'issue du séjour hospitalier

- . Calculé sur 14 dossiers dont le recul est supérieur à 5 ans :
 - il est inférieur de 10 % au poids théorique chez 6 malades dont deux appartiennent au groupe A et 4 au B., et,
 - il est normal chez 8 malades du groupe B

Poids de sortie par rapport au poids théorique	Inf. de 10 %	Non inf. de 10 %	Total
A	2	0	2
B	4	8	12
Total	6	8	14

. Sur cette courte série, il apparaît que un faible poids de sortie serait un facteur de mauvais pronostic. En fait ceci n'est pas confirmé par les données de la littérature. Ainsi SAMUEL LAJEUNESSE en 1960 (106), DALLY en 1969 (32), THOMA en 1972 (116) et WOLF en 1973 (124) s'accordent pour constater que la reprise de poids lors de l'hospitalisation et le poids de sortie n'ont pas de valeur pronostique à long terme.

En effet, le devenir immédiat des anorexies mentales est le plus souvent favorable comme le tableau suivant l'indique : (tableau page suivante).

Ainsi sur 444 cas relevés, 257 (57 %) sortent guéris, 74 (16 %) sont améliorés, 91 (20 %) sont inchangés et 22 (7 %) sont décédés.

Les mêmes critiques faites à propos du tableau traitant de l'évolution à long terme de l'anorexie mentale peuvent être répétées à ce niveau.

Lorsque l'on compare ces deux tableaux, on constate que au fur et à mesure que le recul est plus important par rapport à l'hospitalisation, les pourcentages des cas "guéris" et celui des cas "non améliorés" diminuent au profit des cas "améliorés". Il semble donc que l'anorexie mentale ait tendance à être une maladie chronique (près de la moitié des sujets qui en sont atteints) mais que l'hospitalisation n'en représente que le moment le plus dramatique. Ceci est en outre confirmé par le fait que les décès ont tendance à être légèrement plus fréquents en milieu hospitalier qu'en dehors de celui-ci.

Nous rapprocherons l'étude de ce poids de fin d'hospitalisation de celle des sorties contre avis médical.

Sur nos 35 malades, 10 sont sorties contre avis médical, alors que les médecins jugeaient que le poids atteint n'était pas suffisant pour l'autoriser. 6 de ces malades appartiennent au groupe A et 4 au B.

Sortie	Non autorisée	Autorisée	Total
A	6 (3)	11 (4)	17 (7)
B	4 (2)	14 (11)	18 (13)
Total	10 (5)	25 (15)	35 (20)

Entre parenthèses sont indiqués les cas bénéficiant d'un recul supérieur à 5 ans.

EVOLUTION IMMEDIATE DES ANORECTIQUES MENTALES SELON LES AUTEURS

(Les nombres indiqués entre parenthèses concernent les malades présentant une anorexie mentale typique)

AUTEURS	Nombre total de cas	Guéris	Améliorés	Non Améliorés	Décès
GULL 1873	3	3			
VENABLES 1930	9	8		1	
ALLISON et Als 1931	(7) 20	(5) 8	(1) 8	(1) 4	
BIRLEY 1933	15	14			1
ROSS 1934	18	15		2	1
BERGMAN 1934	46	26	6	15	
RYLE 1936	37	21	6	6	4
FARQUARSON 1938	8	7		1	
RAHMAN 1939	13	6		6	1
RICHARDSON 1939	6	3	1	1	1
BERGIAN 1940	68	6	36	17	9
ESCAMILLA 1942	20	17		2	1
SMALL 1944	4	2		2	
BARTELS 1946	16	7	6	3	
DECOURT 1946	13	12		1	
DUBOIS 1950	9	6	1	3	
NEMIAH 1950	11	5		4	2
SEXTON 1950	9	4		5	
GREENBLATT 1951	5	4		1	
BECK 1954	(15) 28	(14) 23	(1) 1	3	

WALL	1956	10	7		3	
DAILY	1960	44	24	9	9	2
CRISP	1965	21	19		2	
TOTAL		(22) 444	(19) 257	(2) 74	(1) 91	22
on %		100 %	57 %	16 %	20 %	7 %

La lecture de ce tableau tend à montrer que la sortie contre avis médical représente un facteur de mauvais pronostic, lorsque la cure classique d'isolement est appliquée. C'est pourtant le plus souvent la mère qui prend une telle décision. Rappelons à ce propos la phrase de GULL en 1874 (54) : "les parents et les amis sont les pires assistants".

Nous n'avons pas trouvé de référence sur l'étude de ce facteur dans la littérature. Cependant SELVINI en 1963 (109) et THOMA en 1972 (116) rapportent que le refus de la psychothérapie représente un facteur de mauvais pronostic.

Le poids maximum après l'hospitalisation

Sur 16 dossiers contenant cette information il est supérieur de 10 % au poids théorique dans deux cas qui appartiennent au groupe B. Pour ceux-ci la progression pondérale a continué en dehors du milieu hospitalier.

DALLY en 1969 (32) note qu'il existe une obésité secondaire chez 18 % de ses malades et que celle-ci constitue un facteur de bon pronostic.

Le poids minimum depuis l'hospitalisation et les rechutes

Nous parlons de rechute lorsque le poids de la malade, après sa sortie, redevient inférieur de 10 % au poids théorique. Dans ces conditions, sur 25 dossiers contenant des informations suffisantes 21 malades ont rechuté ce qui représente un total de 27 rechutes (une malade étant susceptible de rechuter plusieurs fois). 13 malades ont été réhospitalisées du fait de la nouvelle perte de poids, ce qui représente un total de 16 hospitalisations.

Sur 11 malades ayant rechuté et dont le recul est supérieur à 5 ans, 8 appartiennent au groupe B et 3 au A.

Pour 9 d'entr'elles la prise de poids journalière a été lors de la première hospitalisation de 286 g/jour et pour l'hospitalisation suivante de 333 g/jour.

Le poids moyen de sortie exprimé en % du poids théorique de 28 dossiers est de 88. Il est de 86 % pour les 9 malades qui ont rechuté. Il semble donc qu'un poids bas à l'issue de la première sortie, ne soit pas

un facteur prédisposant à la rechute. Ceci nous oppose aux constatations de GROSSMAN en 1957 (53) pour qui un poids de 5 kgs inférieur au poids théorique représente un facteur prédisposant. Par contre, la structure de la personnalité particulièrement de type hystérique (DALLY en 1969 (32) ou la persistance d'un trouble de l'image corporelle (SLADE en 1973 (111)) sont pour ces auteurs des facteurs devant faire craindre une rechute.

L'appréciation de la fréquence des rechutes varie avec les différentes publications en fonction des critères qui définissent celles-ci. Ainsi CARRIER en 1963 (20) sur une série de 60 cas note 31,6 % de rechutes, dont 65,8 % guérissent par la suite. VAN BEUGEN en 1961 (11) fait état de 1/4 de rechute, DALLY en 1967 (31) d'un tiers. Par contre THEANDER en 1970 (114) ne relève que 11 rechutes chez 94 malades. Cependant il ne parle de rechute que lorsque celle-ci survient au moins un an après la première hospitalisation.

Comme nous l'avons constaté et avec d'autres auteurs (GROSSMANN en 1957 (53), NEMIAH en 1958 (90)), il apparaît que les rechutes ne signifient pas une hospitalisation plus prolongée et plus difficile et qu'elles n'ont pas de valeur pronostique à long terme. WOLF en 1973 (123) en fait, par contre, un facteur de signification péjorative.

Les rechutes surviennent le plus souvent peu de temps après la sortie de l'hôpital. Cependant elle peut se situer à distance de celle-ci : c'est le cas de 5 de nos 21 malades qui ont rechuté à plus d'un an de distance de l'épisode initial. Ainsi THEANDER en 1970 (114) cite 5 malades qui ont rechuté après une période où tout symptôme était absent qui dura respectivement 6, 8, 10, 11 et 18 ans. LOEBB en 1964 (79) insiste lui aussi sur cette éventualité. C'est pourquoi certains, comme MALE en 1973 (82) ont pu qualifier l'anorexie mentale d'affection à caractère phasique.

La rechute survient le plus souvent lorsque l'aménorrhée persiste (LABOUCARIE en 1954 (73) et KLOTZ en 1973 (70)) au-delà de trois mois. Cependant elle peut se produire quand les règles ont réapparu (DALLY en 1966 (30) et DECOURT en 1965 (38), ces dernières sont alors irrégulières et peu abondantes et la rechute est peu intense.

Le poids lors de l'enquête

Le poids ayant servi de référence pour classer la plupart de nos malades, nous ne pouvons pas tirer de conclusions de ce paramètre qui a déjà été traité au chapitre du devenir global des anorexies mentales.

Cependant ce mode de classement peut être critiquable. Ainsi SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) constate que dans son groupe de malades guéries (G III) près du tiers de celles-ci ont "un poids actuellement plutôt maigre", mais inversement il note que 3 de ses 13 malades de son groupe de non guéries (G I) ont "un poids sensiblement normal".

C'est pourquoi nous avons relevé les observations où le classement que nous avons adopté peut prêter à discussion, c'est-à-dire celles dont le poids est compris entre 90 et 80 % du poids théorique.

Pds exprimé en % ,	Plus de ,	110 à ,	100 à ,	90 à ,	80 à ,	70 à ,	Total
du pds théorique ,	110 % ,	100 % ,	90 % ,	80 % ,	70 % ,	60 % ,	
Nbre total de cas,	1	2	8	3	3	3	20
()				()			
G = 11				A = 9			

Comme le tableau ci-dessus l'indique elles sont au nombre de trois, il s'agit de :

. l'observation n° 9, Mlle GOU... Le recul par rapport au premier symptôme est de 5 ans, elle a été hospitalisée il y a 3 ans et demi, elle est toujours aménorrhéique et pèse 54,5 kgs, son poids est stable depuis 6 mois

. l'observation n° 16, Mlle GUI... Le recul par rapport au premier symptôme est de 5 ans et 3 mois. Son poids de 42 kgs est instable. Elle présente des "règles" irrégulières provoquées par un traitement hormonal.

. l'observation n° 22, Mlle PIQ... Le recul est de 2 ans et 3 mois, son poids est de 45 kgs et est stable. Elle se dit irrégulièrement réglée.

Le tableau ci-dessus permet, en outre, de constater que la plupart des malades du groupe B (8 sur 11) ont un poids compris entre 100 et 90 % de leur poids théorique, donc qu'une certaine tendance à être maigre persiste et qu'une seule malade a un poids supérieur à la norme (111 % du poids théorique) il s'agit de l'observation n° 20, Mlle BOU... : le recul est de 2 ans et 9 mois et elle a été hospitalisée il y a un an. Elle juge son appétit "excessif" et suit un régime "contre la cellulite".

La stabilité du poids

Le poids lors de l'enquête est instable dans 3 cas sur 27 (1 B et 2 A). Ce sont surtout les anorectiques d'évolution récente qui ont un tel caractère (Recul moyen de 2 ans et 6 mois). Par contre, contrairement aux constatations de SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106), le poids des anorectiques chroniques nous semble stable au moment de l'enquête.

Les résultats varient avec les auteurs :

BECK et BROCHNER-MORTENSEN en 1954 (5) à partir de 25 cas notent un poids maximum de 64 kgs et l'absence d'obésité.

WALL en 1959 (122) sur 15 cas ne relève aucun poids au-dessus du poids théorique.

LESSER et Als en 1960 (78) sur 15 cas fait état de 9 poids normaux et de 2 obésités.

CRISP en 1965 (25) constate 17 poids normaux sur 21 cas.

SAMUEL LA JEUNESSE en 1966 (106) sur 31 cas décrits 13 poids normaux, 2 obèses et 18 poids stables.

SEIDENSTICKER et TZAGOURNIS en 1968 (108) sur 35 cas citent 22 poids normaux et 2 obèses.

DALLY en 1969 (32) sur 140 cas note 69 % de poids normaux et stables, 18 % d'obèses. La moitié des poids normaux le redeviennent en moins de 18 mois, 83 % en moins de 3 ans.

THEANDER en 1970 (114) sur 85 cas relève 33 poids normaux et 2 obèses.

KAY en 1972 (66) constate à partir de 65 cas que 50 % des poids sont fluctuants ou bas.

Au total, environ 50 % des malades retrouvent un poids normal. La durée de leur maigreur est le plus souvent inférieure à 3 ans.

Les préoccupations pondérales

existent au début de la maladie, mais persistent souvent au-delà de celle-ci :

1. Au début de la maladie

La "peur d'être grosse" a été retrouvée chez 5 des 11 malades que nous avons revues. Ce symptôme n'a été retrouvé que 4 fois dans les 24 autres dossiers.

(sur le tableau les chiffres entre parenthèses concernent les malades revues).

Peur d'être grosse	Présente	Absente	Total
A	3 (1)	13 (3)	16 (4)
B	6 (4)	13 (3)	19 (7)
Total	9 (5)	26 (6)	35 (11)

Le tableau permet de constater que ce symptôme est fréquent, mais non constant (5/11) et qu'il est plus souvent retrouvé parmi les malades du groupe B (4/7) que parmi celles du A (1/4).

De nombreux auteurs en ont souligné la fréquence (BLISS et BRANCH en 1960 (13), DALLY en 1969 (32), BESANCON en 1973 (9). FARQUARSON et HYLAND en 1966 (50) en font un élément de bon pronostic.

2. Jugement des malades sur leur poids lors de l'enquête

En nous inspirant du travail de THEANDER en 1970 (114), nous avons demandé aux malades de donner un avis sur leur poids :

19 réponses ont été obtenues à cette question, dont 14 sont fournies par des patientes dont la maladie évolue depuis plus de 5 ans (nombres indiqués entre parenthèses dans le tableau).

Jugement des malades	Trop haut		Juste bien	Trop bas		Total
	Nettement	Un peu		Un peu	Nettement	
A	0	0	2 (1)	2 (2)	4 (2)	8 (5)
B	0	2 (1)	8 (7)	1 (1)	0	11 (9)
Total	0	2 (1)	10 (8)	3 (3)	4 (2)	19 (14)

- 2 le jugent "un peu trop haut", une a en effet un poids de 11 % supérieur à son poids théorique. Toutes les deux appartiennent au groupe B.

- 10 le trouvent "juste bien", deux de celles-ci appartiennent au groupe A. L'une a un poids qui représente 77 % de son poids théorique (obs. n° 22, recul de 2 ans et 3 mois) l'autre a un poids de 84 % (obs. n° 2, recul de 5 ans)

- 3 le jugent "un peu trop bas", dont 2 font partie du groupe A.

- 4, toutes appartenant au groupe A, le trouvent "nettement trop bas".

Pour les malades du groupe A, il semble que la négation de la maigreur est moins importante chez les patientes ayant une longue évolution de leur maladie.

Quant aux malades du groupe B, leur jugement sur leur poids est le plus souvent satisfaisant.

SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) rapporte que 9 malades nient leur maigreur dans son groupe de 13 non guéries.

THEANDER en 1970 (114) note que sur ses 84 patientes, 41 jugent leur poids "juste bien" alors que seulement 33 de celles-ci ont un poids compris entre plus ou moins 10 % de leur poids théorique, les 18 autres ont un poids inférieur à la norme.

Nous rapprocherons de cette étude, celle qui a été effectuée par SLADE en 1973 (111) sur 10 cas. Celui-ci met en évidence, par un dispositif instrumental, une surestimation de l'ampleur de leur corps par les malades. Cette surestimation ne s'étend pas aux autres personnes. Elle diminue au fur et à mesure de la reprise de poids. Sa persistance doit faire craindre une rechute. L'importance de cette dernière est proportionnelle à la distorsion présentée à la sortie. La surestimation résiduelle est d'autant moins importante que la reprise de poids est lente.

Le trouble de l'image du corps est, pour de nombreux auteurs, le trouble fondamental de l'anorexie mentale. (BRUCH en 1966 (18), QUERITET en 1965 (98), THEANDER en 1970 (114), KAY en 1972 (66), POROT en 1973 (95) et KANIS en 1974 (61)).

L E S D E C E S

Parmi les 40 malades contactées, nous n'avons pas d'information permettant d'affirmer l'existence d'un décès. Cependant deux lettres nous sont revenues avec la mention "retour à l'envoyeur".

Nous avons relevé dans la littérature plus de 45 références traitant de ce sujet. MORTON rapporte que l'une de ses malades est morte. LASEGUE en 1874 (75), s'opposant en cela à GULL (54), insiste sur la bénignité de l'anorexie mentale et ne mentionne pas de décès. RAIMBAULT en 1914 (99) fait état de 13 % d'évolution fatale.

De nombreuses séries ont été faites à l'aide de données recueillies dans la littérature :

- BERKMANN en 1940 (7), sur 117 observations rapporte 9 décès (7,8%)
- BROCHNER-MORTENSEN en 1954 : 16 sur 222 (7,2 %)
- NEMIAH en 1958 (90) : 22 sur 282 (7,8 %)
- CLAUSER en 1964 (22) : 39 sur 656 (5,9 %)
- ZIOLKO en 1966 (125) : 63 sur 681 (9,3 %)

Personnellement nous en avons relevé 62 sur 1145 observations (5,5 %) (confronter les deux tableaux résumant les données de la littérature traitant du devenir de l'anorexie mentale).

KAY en 1965 (64) collige 140 cas de décès publiés dans la littérature.

Au total le pourcentage de décès varie selon les publications entre 4 et 15 %.

Les taux rapportés par les auteurs faisant état de longues séries personnelles sont comparables :

- DALLY en 1969 (32) : 3 cas sur 140 malades
- THEANDER en 1970 (114) : 10 cas sur 94
- LABOUCARIE en 1970 (74) : 3 cas sur 173.

La mort au cours de l'anorexie mentale est classiquement rare (FARQUARSON en 1966 (50), SCHERRER en 1972 (107)). HERTZ en 1952 (58)

conteste qu'elle doit être rattachée à la maladie elle-même. THEANDER en 1970 (114) et KESTEMBERG en 1972 (69) insistent sur la nécessité de disposer d'un recul suffisant. Les décès surviennent, en effet, rarement lors d'une hospitalisation ou dans ses suites immédiates, mais se situent le plus souvent à distance du début de l'affection (BERCK en 1954 (5), CARRIER en 1963 (20) et SEIDENSTICKER en 1968 (108)).

Son étiologie en est discutée :

La tuberculose est classique (KAY en 1953 (62)), mais est actuellement rare (ALBEAUX en 1961 (1) et SELVINI en 1963 (109)).

L'hypoglycémie irréversible (SEIDENSTICKER en 1968 (108)). Mais CRISP en 1973 (27) et KANIS en 1974 (61) affirment que dans l'anorexie mentale le métabolisme des glucides est rarement très perturbé.

L'insuffisance polyendocrinienne peut survenir après une évolution très prolongée. Elle est très longtemps réversible (DECOURT en 1965 (38) et WOLF M.L. en 1973 (124)).

Comme LASEGUE en 1874 (75) l'avait déjà constaté, on insiste actuellement sur la remarquable tolérance de l'organisme à l'inanition. Cependant cette adaptation n'est possible qu'au détriment des possibilités de défense vis-à-vis des agressions (WOLF M.L. en 1973 (124)). Si bien que l'anorectique mentale peut décéder :

- d'une aggravation brutale du refus d'alimentation (DEMOULIN en 1969 (41) et LABOUCARIE en 1954 (73)).
- d'une infection (ALBEAUX en 1961 (1) et DALLY en 1969 (32)).
- voire d'une autre maladie surajoutée (SELVINI en 1963 (109) et DALLY en 1969 (32)).

De plus BROWNING en 1963 (17) insiste sur la possibilité de décès iatrogéniques et particulièrement ceux liés à des erreurs de réanimation que celles-ci se situent au niveau de la rééquilibration hydro-électrolytique (risque de surcharge hydrique et de dyskaliémie) ou au niveau des manœuvres de gavage avec le risque de fausse route.

L'évolution fatale survient le plus souvent quand le poids est de 50 % inférieur au poids théorique de la malade (LESSER en 1960 (78) et DALLY en 1969 (32)). Cependant LESSER rapporte un cas où il existait un tel ama-

grissement, sans qu'une telle issue soit survenue.

Contrairement à la classique opinion de RYLE en 1936 (104) les auteurs admettent que l'évolution vers la mort n'est pas en rapport avec la personnalité sous-jacente.

Au total, le décès dans l'anorexie mentale, existe, est relativement rare, est plutôt tardif dans l'évolution de la maladie, n'est pas directement lié à l'inanition, mais à des facteurs surajoutés, parmi lesquels il faut citer les manoeuvres iatrogènes.

L E S S U I C I D E S

Parmi nos 44 dossiers, un ou deux gestes suicidaires ont été notés chez 4 malades. Il s'agit de tentatives bénignes d'intoxication médicamenteuse. Elles ne sont pas liées à un état dépressif franc, mais sont rattachées par les malades à la lassitude qu'elles éprouvent en face de leur état de santé. Elles surviennent sur des personnalités hystériques (obs. n° 2, n° 6, n° 11 et n° 12) et toujours après un long temps d'évolution de la maladie. Pour NEMIAH en 1958 (90) elles représentent un geste d'appel à l'aide.

La conduite anorectique est souvent interprétée comme une attitude suicidaire (JANET en 1928). Cependant la rareté des décès par suicide est soulignée par les auteurs :

KAY en 1965 (64) en rapporte 1 sur 29 observations

CRISP en 1965 (25) : 1 sur 21

SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) : 1 sur 31

SEIDENSTICKER en 1968 (108) : 2 sur 60

DALLY en 1969 (32) : 1 sur 140

et THEANDER en 1970 (114) : 3 sur 94.

Dans notre série de 44 patientes, aucune information n'a été en faveur d'une telle éventualité.

Cependant THEANDER en 1970 (114) affirme que lorsqu'on dispose d'un recul suffisant le pourcentage de suicide chez les anorectiques est à peu près le même que celui de la population psychiatrique globale, c'est-à-dire qu'il est 20 fois supérieur à celui de la population générale.

LE CYCLE MENSTRUEL

Pour la majorité des auteurs le trouble du cycle menstruel représente avec l'anorexie et l'amaigrissement un des signes majeurs de l'anorexie mentale. Seuls BLISS et BRANCH (13) ne l'exigent pas pour poser le diagnostic.

Les auteurs français, pour la plupart, exigent la présence de l'aménorrhée. Par contre les anglo-saxons se contentent de règles irrégulières (seuls NEMIAH en 1958 (90) et FARQUARSON en 1966 (50) adoptent les conceptions françaises).

Cette divergence est un facteur qui pourrait entraîner une différence dans l'étude du devenir des anorectiques mentales. En fait, la confrontation des publications ne montre pas de différence significative pour ce qui est du devenir global des anorectiques (confère les deux tableaux résumant les données de la littérature traitant du devenir des anorectiques mentales où nous avons indiqué entre parenthèses les malades qui avaient présenté une aménorrhée). Par contre, des divergences apparaissent quand les auteurs traitent du devenir de la menstruation.

Dans ce chapitre nous avons étudié successivement :

- la qualité du cycle menstruel avant la maladie.
- l'âge de la puberté.
- l'intervalle entre la puberté et l'aménorrhée
- l'intervalle entre l'aménorrhée et le retour des règles
- le cycle menstruel lors de l'enquête.

Qualité du cycle avant l'anorexie mentale

Parmi les 23 dossiers contenant ce type d'information

- 11 malades avaient des règles régulières : 5 appartiennent au groupe B et 6 au groupe A.
- 10 les avaient irrégulières dont 4 font partie du B et 6 au A.
- 1 patiente n'était pas encore réglée lorsque sa maladie débuta (obs. n° 25).

- Enfin, une malade, mariée, ayant eu des enfants, avait des règles irrégulières et n'a pas été aménorrhéique. Son poids minimum correspond à 86 % de son poids théorique. Son poids actuel, après 7 ans et 6 mois de recul par rapport au début de l'amaigrissement, est normal et stable.

REGLES	Régulières	Irrégulières	Absentes	Pas d'amé- norrhée	TOTAL
A	6	6	0	0	12
B	5	4	1	1	11
TOTAL	11	10	1	1	23

Au total, sur 12 malades du groupe A, 6 avaient des règles régulières, 6 des irrégulières.

sur 11 malades du groupe B, 5 en avaient des régulières, 4 des irrégulières, 1 n'avait jamais été réglée (DALLY en 1969 (32) fait de l'aménorrhée primaire un facteur de mauvais pronostic) et 1 n'a jamais été aménorrhéique.

Comme SAMUEL-LAJEUNESSE en 1966 (106), DALLY en 1969 (32), THEANDER en 1970 (114) et HALMI en 1973 (56), nous constatons que la qualité du cycle avant l'épisode anorectique n'a pas d'incidence sur le pronostic.

L'âge de la puberté

Parmi les 11 informations recueillies, l'âge moyen de la puberté est de 12 ans pour 3 malades du groupe A et de 13 ans et 10 mois pour 9 malades du groupe B.

SAMUEL LAJEUNESSE, en 1966 (106) et THEANDER en 1970 (114) constatent à l'inverse de nous que les premières règles sont plus précoces dans le groupe des malades qui guérissent.

SHELDON (cité par DALLY) affirme que l'âge de la puberté chez les anorectiques mentales est retardé par rapport à celui de la population générale.

CRISP en 1965 (25^e) aboutit à une constatation opposée. DALLY en 1969 (32^e) ne trouve pas de différence entre les deux âges.

L'âge de l'installation de l'aménorrhée

Pour 18 dossiers bénéficiant d'un recul supérieur à 5 ans, l'âge moyen d'installation de l'aménorrhée est de 16 ans et 4 mois pour 13 malades du groupe B et de 26 ans et 4 mois pour 5 malades du groupe A.

Ainsi comme SAMUEL-LAJEUNESSE, nous constatons que l'aménorrhée s'installe plus précocément chez les sujets qui guérissent. Cependant THEANDER en 1970 (114) et HALMI en 1973 (56) affirment que cet âge n'a pas de valeur pronostique. La précocité de l'aménorrhée n'est fonction que de celle de la puberté.

Le mode d'installation de l'aménorrhée est variable : il peut être brutal et sans irrégularité antérieure du cycle (DECOURT en 1950 (36) ou être précédé d'une oligoménorrhée (DALLY en 1969 (32)).

L'intervalle entre la puberté et l'aménorrhée

Pour 10 dossiers contenant ce type d'information et dont le recul par rapport au premier symptôme est supérieur à 5 ans, l'intervalle moyen entre la puberté et l'aménorrhée est de 2 ans et 10 mois pour 8 malades du groupe B et de 7 ans pour 2 malades du groupe A.

Un intervalle important semble donc un facteur de mauvais pronostic.

SAMUEL-LAJEUNESSE en 1966 (106) étudie lui aussi cet intervalle, mais n'en tire pas de conclusion. Par contre DALLY constate que le pronostic est mauvais quand cet intervalle est inférieur à un an ; aucun de nos cas n'entre dans cette catégorie.

L'intervalle entre l'aménorrhée et l'amaigrissement

36 dossiers contiennent ce type de renseignement.

- Dans 9 cas l'installation de l'aménorrhée précède celle de l'amaigrissement. L'intervalle moyen est de un mois pour une malade du groupe A et

et de 5 mois pour une du groupe B (recul supérieur à 5 ans).

- Dans 15 cas l'aménorrhée et l'amaigrissement débutent en même temps. Sur 7 malades bénéficiant d'un recul supérieur à 5 ans, 5 appartiennent au groupe B et deux au groupe A.

- Dans 12 cas l'installation de l'aménorrhée est postérieure à celle de l'amaigrissement. Sur 6 dossiers avec recul, 3 appartiennent au groupe B et l'intervalle moyen est de 2 mois, sensiblement identique à celui de 3 malades du groupe A.

Nos résultats sont trop parcellaires pour que des conclusions puissent en être tirées. De même SAMUEL-LAJEUNESSE en 1966 (106) et DALLY en 1969 (32) ne tirent pas de signification pronostique de l'étude de cet intervalle ou de la précession de l'un ou l'autre signe.

Les publications nombreuses se rapportant à la survenue en premier de l'un ou de l'autre symptôme sont très divergentes. Aucune étude synthétique ne peut en être extraite. Citons cependant les références que nous avons relevées : (36); (63), (53); (90), (55), (114), (71), et (61).

La longueur de l'aménorrhée

Sur 11 patientes dont les règles sont réapparues et persistent, la durée moyenne de l'aménorrhée a été de 4 ans et 6 mois. Elle se situe entre deux extrêmes qui sont respectivement de 11 mois d'une part et de 8 ans et 2 mois d'autre part.

VAN BEUGEN en 1961 (11), sur 12 cas trouve une durée comprise entre 18 mois et 6 ans.

KAY en 1965 (64) reprenant l'opinion de JANET affirme que la longueur de l'aménorrhée est toujours supérieure à 2 ans.

THOMA en 1961 (115) sur 12 cas, constate une durée moyenne de 4 ans et demi. Elle est inférieure à 2 ans dans 7 cas et comprise entre 3 et 5 ans pour 5.

FARQUARSON en 1966 (50) sur 6 cas bénéficiant d'un recul de 20 à 30 ans la fixe à 4 ans.

SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) sur 17 cas obtient une durée légèrement supérieure à 4 ans.

DALLY en 1969 (32) affirme que dans 50 % des cas l'aménorrhée est inférieure à 30 mois, mais qu'elle peut se prolonger 5 à 7 ans. Au delà de ce délai le pronostic est défavorable. Cependant il cite deux cas d'aménorrhée qui ont guéri alors qu'elles dépassaient 10 ans.

L'aménorrhée ne disparaît que lorsque le poids atteint un certain seuil. Le poids minimum nécessaire est diversement apprécié par les auteurs. GROSSMAN en 1957 (53), DECOURT en 1965 (38) et CRISP en 1973 (27) affirment que le poids antérieur doit être atteint, par contre DALLY en 1969 (32) pense que 75 % du poids théorique ou du poids antérieur sont nécessaires.

Un poids satisfaisant n'est pas une condition suffisante pour que les règles réapparaissent (GROSSMAN en 1957 (53) et KLOTZ en 1973 (71). Leur retour est le plus souvent situé à distance de la reprise de poids (NEMIAH en 1958 (90). Il survient dans la plupart des cas dans les 2 ans après celles-ci (DECOURT en 1950 (36), THOMA en 1965 (115) et DALLY en 1969 (32). Cependant DALLY cite 17 malades ayant un poids normal (instable pour 6 d'entr'elles) qui sont toujours aménorrhéïques malgré un recul de 9 à 17 ans.

Le retour des règles s'accompagne d'un taux sérique de L.H. normal (KLOTZ en 1973 (71), KAHIS en 1974 (61) et MAWSON en 1974 (84)). La persistance d'un taux bas, ou l'absence de variation cyclique malgré un poids normal est un facteur de mauvais pronostic (RUSSEL en 1970 et MAWSON en 1974 (84).

Les rechutes sont toujours possibles après le retour des règles, surtout si celles-ci sont irrégulières et peu abondantes, mais celles-ci sont généralement peu intenses (DECOURT en 1950 (36) et DALLY en 1966 (30).

Le retour des règles est d'autant plus difficile à obtenir que le poids reste instable (DALLY en 1969 (32) mais il est plus rapide quand la malade est boulimique après l'épisode anorectique (DALLY en 1969).

Le traitement hormonal n'en active pas la survenue et peut même être nocif car il est souvent mal accepté (DECOURT en 1965 (38) et DALLY en 1969 (32). Mais THEANDER en 1970 (114) cite 20 malades où des règles spontannées sont réapparues après un traitement hormonal.

FARQUARSON en 1966 (50) affirme que plus l'aménorrhée est précoce par rapport à l'amaigrissement, plus elle persiste longtemps après la guérison apparente. Le retour des règles est d'autant plus lent que la perte de poids a été prolongée (GROSSMAN en 1957 (53) et RUSSEL en 1969). Ce dernier point n'a pas été vérifié par KANIS en 1974 (61).

Les cycles menstruels lors de l'enquête

28 informations sur ce sujet ont été obtenues.

- 10 patientes ont des cycles réguliers et spontanés, toutes appartiennent au groupe B.
- 3 ont des cycles artificiels, deux appartiennent au groupe B et une au groupe A.
- 6 ont des menstruations irrégulières et peu abondantes : trois appartiennent au groupe A et trois au B.
- 9 présentent toujours une aménorrhée, toutes font partie du groupe A.

Sur le tableau les nombres indiqués entre parenthèse concernent les malades dont le recul est supérieur à 5 ans.

REGLES	Régulières	Irrégulières	Absentes	Avec Traitement	TOTAL
A	0	3 (2)	9 (4)	1 (0)	13 (6)
B	10 (7)	3 (1)	0	2 (2)	15 (10)
TOTAL	10 (7)	6 (3)	9 (4)	3 (2)	28 (16)

On peut remarquer :

- Qu'avant l'épisode anorectique la proportion de règles irrégulières est de 10/23. Elle n'est plus que de 6/28 après celui-ci.

- Que cette proportion a tendance à diminuer lorsque le recul est d'au moins 5 ans (3/16).

Le trouble du cycle menstruel apparaît donc être un symptôme beaucoup plus tenace que l'amaigrissement qui tend à le précéder et à lui survivre.

Les règles régulières et spontanées apparaissent donc être le critère majeur de la guérison et inversement l'aménorrhée le critère de la persistance de la maladie.

BECK et BROCHNER MORTENSEN en 1954 (5), disposant d'un recul de 3 à 12 ans constatent sur 25 malades (dont 15 étaient aménorrhéïques lors de l'épisode anorectique) que : 17 sont réglées régulièrement, 4 irrégulièrement et une reste aménorrhéïque.

GROSSMAN en 1957 (53) avec un recul d'au moins un an, note 7 retours de règles sur 12 cas.

SEIDENSTICKER en 1968 (108) sur 23 cas obtient 16 règles régulières et 7 oligo ou aménorrhées.

VAN BEUGEN en 1961 (11) sur 37 femmes aménorrhéïques note une réapparition des règles dans 12 cas.

SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) sur 31 cas constate 17 cycles réguliers, 4 irréguliers, 8 aménorrhées et 2 cycles artificiels.

DALLY en 1969 (32) sur 140 cas, 59 % de ses malades sont réglées.

THEANDER en 1970 (114) sur 82 survivants 62 ont des règles régulières et spontanées, 8 des règles irrégulières (dont deux sont mariées et ont des enfants) et 11 sont toujours aménorrhéïques (dont une a un enfant).

KAY en 1972 (66) sur 29 cas décrits 9 aménorrhées, 10 règles irrégulières et 10 régulières.

KANIS en 1974 (61) constate 6 retours de règles chez 13 de ses patientes.

LES CONDUITES ALIMENTAIRES
ET LES FONCTIONS DIGESTIVES

L'anorexie, avec l'amaigrissement et l'aménorrhée est un des signes majeurs de la maladie. C'est elle qui lui a fourni son nom (HUCHARD en 1883).

Comme THOMA en 1972 (116) le souligne, le terme est peu précis. Il vient du grec "orexia" qui signifie demander. C'est mettre l'accent sur le défaut de la vie instinctive qui, pour BRUCH en 1969 (19), n'est pas innée, mais est liée à un déficit de l'apprentissage de la faim par la mère.

MORTON en 1689, NAUDEAU en 1789, GULL (54) et LASEQUE (75) en 1873 ont souligné le caractère non primitif de l'anorexie qui est le plus souvent précédée d'un refus de manger. C'est insister sur l'aspect subjectif et difficile à cerner de ce symptôme (SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106)).

Il peut être entrecoupé par des épisodes de boulimie paradoxale et être associé à des troubles digestifs dont seule la constipation en représente l'élément constant.

Nous étudierons dans ce chapitre :

Les troubles des conduites alimentaires :

- . avant la maladie et à son début, et,
- . au moment de l'enquête

et les troubles digestifs associés :

- . la constipation
- . les vomissements, et,
- . les signes fonctionnels.

LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Troubles antérieurs à l'anorexie mentale

Les troubles durant l'enfance

CRISP en 1965 (25) constate sur une série de 34 cas, une tendance visant à démontrer que l'allaitement maternel a été plus long pour les anorectiques mentales que pour leurs soeurs ; THEANDER en 1970 (114) ne confirme pas ce fait.

Dans 16 dossiers contenant une information suffisante, nous avons relevé 7 cas où les malades ont présenté durant l'enfance des épisodes d'anorexie ; pour deux de celles-ci l'épisode est situé durant la période néo-natale (TISSOT en 1973 (117)). 5 de ces patientes appartiennent au groupe B et 2 au groupe A.

Aucune de nos 16 malades n'a présenté à cette époque d'épisode de boulimie.

Tr. des conduites alim. dans l'enfance	Néant	Boulimie	Anorexie	Total
A	4	0	2	6
B	5	0	5	10
TOTAL	9	0	7	16

WALL en 1959 (122), NEMIAH en 1958 (20), BLISS en 1960 (13), SAMUEL LA JEUNESSE en 1966 (106) et DALLY en 1969 (32) constatent la fréquence des difficultés alimentaires dans les antécédents de leurs malades. Ils n'en tirent pas de conclusion pronostique. Seul SAMUEL LAJEUNESSE en fait un facteur plutôt favorable.

MEYER en 1961 (85) décrit à partir d'une série de 33 cas, trois grandes formes cliniques d'anorexie mentale :

- Die Pubertätsmagersucht (la recherche de la maigreur à la puberté) : 20 cas.

- Die Chronische anorexie (L'anorexie chronique) : 7 cas

- et Die Anorexie als neurotische reaktion (l'anorexie comme réaction névrotique) : 6 cas.

La deuxième forme est caractérisée par un début dans l'enfance, une amélioration lors de l'adolescence et une aggravation à l'âge adulte associée à des manifestations hypochondriaques digestives ; son évolution est défavorable.

Les troubles au début de la maladie

1. Les épisodes de boulimie paradoxale

Sur 14 dossiers contenant des renseignements suffisants, nous avons noté 4 cas de malades qui ont présenté au début ou durant leur maladie des épisodes de boulimie paradoxale. Trois de celles-ci font partie du groupe B et une du groupe A.

Tr. des cond. alim. au début de l'an.	Anorexie Ment "initiale"	Lutte contre la faim	Boulimie	TOTAL
A	3	2	1	6
B	0	5	3	8
TOTAL	3	7	4	14

SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) et DALLY en 1969 (2) en font un facteur de bon pronostic.

2. Les épisodes de lutte contre la faim avant l'anorexie

Bien qu'il s'agisse d'un élément subjectif et peut être à cause de cela, nous avons recherché ce facteur qui est un reflet de la conscience de la morbidité de la conduite anorectique.

Il a été retrouvé dans 8 cas sur 14 observations. Cinq de ceux-ci appartiennent au groupe B et 2 au groupe A. Il semble donc que ce signe est de bon pronostic. En d'autres termes l'anorexie présentée comme "initiale" est de signification péjorative.

LESSER en 1950 (78) sur une série de 15 cas note que 40 % de ses malades se sont imposées un régime et pour 40 % d'autres le refus de manger est une attitude d'opposition à leurs parents.

Les troubles lors de l'enquête.

1. Réponses aux questionnaires adressés aux médecins

a) "l'anorexie chronique"

Les 22 médecins qui ont répondu à cette question, notent que 9 malades souffrent d'"anorexie chronique", 7 de celles-ci appartiennent au groupe A et 2 au groupe B. Quand le recul est supérieur à 5 ans la proportion de malades encore anorectiques est de 4 pour 15 réponses : trois font partie du groupe A et une du groupe B (nombres indiqués entre parenthèses sur le tableau).

b) "la boulimie épisodique"

Pour un même nombre de réponses 4 malades présentent des épisodes de boulimie épisodique dont 2 appartiennent au groupe A et 2 au groupe B. Lorsque le recul est de 5 ans au moins, 3 présentent ce symptôme : 2 font partie du groupe B et une du groupe A.

DALLY en 1967 (31) met en évidence ce trouble chez un quart des patientes "guéries", la moitié de celles-ci ont un poids d'au moins 10 % supérieur à leur poids théorique.

Tr. des cond. alim. lors de l'enquête	Anorexie chronique	Boulimie épisodique	Absence de trouble	Total
A	7 (3)	2 (1)	1 (0)	10 (4)
B	2 (1)	2 (2)	8 (8)	12 (11)
TOTAL	9 (4)	4 (3)	9 (8)	22 (15)

Au total pour 15 informations bénéficiant d'un recul d'au moins 5 ans, un peu moins de la moitié des patientes (7/15) présente un trouble des conduites alimentaires. Ces dernières forment l'ensemble du groupe A (4/4) et un quart du groupe B (3/12). L'existence d'un poids satisfaisant n'implique donc pas la disparition constante de ce symptôme.

KAY en 1972 (66) à partir d'une série de 41 cas retrouve 60 % de troubles de l'appétit alors que seulement 50 % de ses malades ont un poids bas ou fluctuant.

CRISP en 1965 (25) relève 5 comportements alimentaires anormaux chez 17 malades ayant un poids satisfaisant.

DALLY en 1967 (31) note qu'il persiste une "peur des aliments" chez un tiers de ses patientes "guéries" et en 1969 rapporte que 42 % des malades "guéries" appartenant au groupe "O" ont des préoccupations nutritionnelles associées à un poids fluctuant.

2. Réponses aux questionnaires adressés aux malades

a) Jugement des malades sur leur appétit

Nous avons demandé aux malades de donner leur avis sur leur appétit ; 19 réponses ont été obtenues, dont 14 par des malades dont la maladie évolue depuis plus de 5 ans (Nombres indiqués entre parenthèses dans le tableau).

Appétit	Normal	Insuffisant	Excessif	Total
A	5 (3)	3 (2)	0 (0)	8 (5)
B	8 (7)	2 (2)	1 (0)	11 (9)
TOTAL	13 (10)	5 (4)	1 (0)	19 (14)

Parmi celles-ci

- 13 d'entr'elles le jugent "normal" : 5 appartiennent au groupe A et 8 au groupe B. Quand le recul est supérieur à 5 ans, 10 malades entrent dans cette catégorie, 3 font partie du groupe A et 7 du groupe B.

- 5 le trouvent "insuffisant" : 3 appartiennent au groupe A et 2 au groupe B. Avec un recul d'au moins 5 ans les 4 malades concernées font partie du groupe A pour deux d'entr'elles et du groupe B pour les deux autres.

- enfin une juge son appétit "excessif". Son poids est en effet de 11 % supérieur au poids théorique.

Au total, si nous comparons ces résultats à ceux obtenus au chapitre traitant des préoccupations pondérales, nous constatons que :

Parmi les 11 malades considérées comme "guéries" de leur anorexie mentale :

- 2 jugent leur poids un "peu trop haut" et 1 son appétit excessif.
- 8 trouvent leur poids "juste bien" et 8 leur appétit normal.
- 1 juge son poids "un peu trop bas" et deux leur appétit insuffisant.

On note donc 3 erreurs de jugement, la concordance entre les différents avis sur le poids et sur l'appétit est satisfaisante.

Par contre, parmi les 8 malades qui ont toujours une anorexie mentale :

- 2 trouvent leur poids "juste bien" et 5 leur appétit normal (avec le recul 1 pour 3)
- 6 jugent leur poids "un peu trop bas" ou "nettement trop bas" et seulement 3 leur appétit insuffisant (avec le recul 2 pour 4).

On constate dans ce groupe de malades, que le trouble du jugement est beaucoup plus important que précédemment et qu'il porte avant tout sur l'appétit.

b) la stabilité de l'appétit

13 de nos 19 malades jugent leur appétit "variable", 5 d'elles font partie du groupe A et 8 du groupe B. Il a tendance à augmenter pour 5 de celles-ci (2 A et 3 B) et à diminuer pour 8 autres (3 A et 5 B)

6 le jugent stable (3 A et 3 B)

Appétit	Variable	Stable	Total
A	5 (2)	3 (3)	8 (5)
B	8 (7)	3 (2)	11 (9)
TOTAL	13 (9)	6 (5)	19 (14)

Au total :

Parmi les 11 malades "guéries" de leur anorexie mentale :

- 8 jugent leur appétit variable (seulement une a un poids qui

présente ce caractère). L'intensité du trouble reste sensiblement inchangée (7/9) quand le recul est supérieur à 5 ans.

- 3 trouvent leur appétit stable.

Dans ce groupe le caractère vulnérable de l'appétit persiste donc avec une très grande fréquence, même quand le poids est stable.

Parmi les 8 malades toujours anorectiques :

- 5 jugent leur appétit variable (deux ont un poids qui présente ce caractère). L'incidence n'est plus que de 2/5 quand le recul est supérieur à 5 ans.

- 3 le trouvent stable (pour toutes les trois la maladie évolue depuis plus de 5 ans).

Il semble donc que plus l'anorexie mentale a tendance à se chroniciser, plus l'appétit devient stable (S'agit-il d'un trouble du jugement ou d'une réalité?). Peut être cela représente-t-il une "acceptation de son état" comme le médecin traitant de la malade de l'obs. N° 3 nous le fait remarquer.

Les autres troubles des conduites alimentaires

1. Le dégoût de certains aliments

Au début de l'épisode anorectique un dégoût électif de certains aliments a été mis en évidence dans 2 cas (1 B et 1 A) et des habitudes alimentaires stéréotypées ou étranges dans 4 cas (4 B) sur 11 dossiers contenant des informations suffisantes.

Parmi 25 réponses de médecins et de malades un tel dégoût est retrouvé 6 fois (3 B et 3 A) ; lorsque le recul est supérieur à 5 ans, parmi 17 réponses répondant à cette condition, il est noté 3 fois, il s'agit alors toujours de malades du groupe B.

Il semble donc que le dégoût de certains aliments est un symptôme de l'anorexie mentale au début, lorsque celle-ci est chronique, le dégoût devient global. Il paraît avec les habitudes alimentaires étranges se rencontrer dans les cas qui "guériront" de leur syndrome anorectique.

2. Les régimes

Dans notre série de 35 malades contenant ce renseignement, la mise à un régime volontaire au début est superposable à la "peur d'être grosse", nous avons vu au chapitre traitant des préoccupations pondérales que celle-ci constitue un élément de bon pronostic. Une seule malade n'a pas adopté un "régime amaigrissant" et sort donc de ce cadre, il s'agit de l'obs. n° 7, Mlle MOR..., qui adopte le régime sans sel de son beau-père, mange électivement du vinaigre, des écorces d'oranges... Elle n'est plus anorectique mentale, mais le tableau clinique évoque une schizophrénie simple.

DALLY en 1969 (32) affirme que la mise au régime est très fréquente, particulièrement par les malades de son groupe "O" dont le pronostic est relativement bon.

Au Total 10 anorectiques sur 35 ont débuté leur maladie par un régime, 7 appartenant au groupe B et 3 au groupe A.

Lors de l'enquête 19 patientes ont répondu à la question : 7 d'entr'elles suivent un régime : 4 sont encore anorectiques mentales, 3 ne le sont plus. Lorsque le recul est supérieur à 5 ans la proportion de malades au régime (5/14) varie peu. Les régimes sont un peu plus fréquents chez les malades du groupe A (4/8) que chez celles du groupe B (3/11).

Ainsi la proportion de malades qui suivent un régime est sensiblement la même au début de l'affection qu'à distance de ce dernier. Cependant le pourcentage de malades du groupe B initialement concerné, tend à diminuer au profit de celui des patientes du groupe A.

LES TROUBLES DIGESTIFS =====

La constipation

1) Elle existe parfois avant l'installation de la maladie. Sur 11 observations où elle avait été recherchée, elle est notée 3 fois, 2 des malades appartenant au groupe A et 1 au groupe B.

BLISS en 1960 (13), KING en 1963 (68), DALLY en 1969 (32) et TISSOT en 1973 (117) notent que ce symptôme est fréquent dans les antécédents de leurs malades. KING la met en évidence dans 10 cas sur une série de 12. DALLY chez 25 % de ses 140 malades.

2) Elle est constante lors de l'épisode anorectique (11/11).
Lors de la reprise de l'alimentation un épisode diarrhéique est fréquent.

Constipation	Avant	Pendant	Total
A	2	4	4
B	1	7	7
TOTAL	3	11	11

3) Elle persiste au-delà de la maladie :

Parmi 11 malades toujours anorectiques, 3 disent ne pas être constipées.

8 des 15 malades qui ne sont plus anorectiques, se plaignent d'être constipées.

Sur un total de 11 malades constipées, 8 se traitent pour ce fait. 5 de ces dernières appartiennent au groupe A et 3 au groupe B.

SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) ne retrouve pas de symptôme dans son groupe de "guéries" (G1). Elle nous paraît très fréquente dans notre groupe B (8/15) ou (5/9 avec un recul d'au moins cinq ans).

Les vomissements

1) Ils peuvent exister avant la maladie : Nous l'avons noté 2 fois dans 11 dossiers (obs. n° 2 et n° 8). Il s'agit de malades du groupe B. Ils paraissent, à ce stade ne pas avoir d'incidence pronostique.

2) Ils sont assez fréquents lors de la maladie : ils ont été relevé dans 35 dossiers : 6 de ceux-ci appartiennent au groupe A et 3 au groupe B.

Vomissements	Présents	Absents	Total
A	6	10	16
B	3	16	19
TOTAL	9	26	35

Ils sont un élément de mauvais pronostic (NEMIAH en 1958 (90), DALLY en 1969 (32), THEANDER en 1970 (114) et HALMI en 1973 (56)

3) Ils peuvent persister après la maladie. Ils ont été noté 2 fois dans 27 dossiers (obs. n° 2 et n° 35), l'un fait partie du groupe A, l'autre du groupe B.

Les autres troubles dyspeptiques

1) Avant la maladie, parmi 35 observations

- 6 malades ont présenté des épisodes non étiquetés de douleurs digestives.
- 2 autres ont subi une appendicectomie
- 4 patientes supplémentaires ont été soignées pour une "hépatite".

BLISS en 1960 (14), DALLY en 1969 (32), HALMI en 1973 (56) et TISSOT en 1973 (117) ont souligné la fréquence des antécédents digestifs chez les anorectiques mentales.

Tr. digestifs	Présents	Absents	Total
A	7	9	16
B	5	14	19
TOTAL	12	23	35

Le trouble digestif avant le début de la maladie est comme le tableau nous l'indique particulièrement fréquent dans le groupe A (7/16) il l'est relativement moins dans le groupe B (5/19). Il nous paraît donc un facteur de mauvais pronostic.

2) Durant la maladie 11 des 35 malades se sont plaintes de douleurs digestives (épigastriques ou abdominales). Là encore tous les auteurs soulignent la fréquence de manifestations digestives (BLISS en 1960 (13) et HALMI en 1973 (66). LABOUCARIE en 1954 (73) puis ALBEAUX en 1961 (1) et d'autres individualisent une forme digestive cénestopathique.

Le pronostic en serait pour certains défavorable (LABOUCARIE en 1954, HALMI en 1973) pour d'autres ils n'ont pas d'incidence sur ce dernier (SAMUEL LAJEUNESSE en 1966).

3) Nous manquons d'information quant au devenir de ce symptôme qui n'a pas été particulièrement recherché au cours de notre enquête.

L ' E T A T M E N T A L

L' I N S E R T I O N F A M I L I A L E E T S O C I O -- P R O F E S S I O N N E L L E

L'anorexie mentale est avant tout définie par le syndrome physique : anorexie, amaigrissement et aménorrhée. Cependant les premiers auteurs qui la décrivent, insistent d'emblée sur l'aspect "émotionnel" (MORTON en 1689), "hystérique", (NADEAU en 1789, puis LASEGUE (75) et GULL (54) en 1874) et enfin "mentale" (HUCHARD en 1883) de cette affection. En 1914 la description par SIMMONDS de la nécrose de l'hypophyse survenant dans le post-partum, mis l'accent sur l'aspect endocrinien au dépend du psychologique. Les mises au point d'ESCAMILLA en 1942 (47) et de SHEEHAN en 1949 permirent d'insister à nouveau sur ce dernier. Ainsi de nombreux auteurs s'accordent pour souligner que le pronostic de l'anorexie mentale dépend plus de la "structure psychologique de base" que des différents éléments qui constituent la maladie elle-même. (39), (58), (73), (74), (87), (90), (13), (18), (1), (109), (20), (32), (96), (116), (9), (117), et (84).

Nous étudierons dans ce chapitre :

- L'état mental

- . La personnalité pré-morbide et les troubles névrotiques de l'enfance.
- . Les facteurs déclenchants.
- . L'examen clinique et psychologique au cours de l'épisode d'anorexie mentale
- . L'état psychique lors de l'enquête ; l'examen clinique et les réponses aux questionnaires adressés aux malades.

- La famille

- . La structure familiale avant et au début de la maladie
 - Les parents
 - . La mère
 - . Le père
 - . Le couple parental
 - La fratrie

- Les antécédents familiaux
 - . L'insertion familiale lors de l'enquête.
 - Les mariages
 - Les rapports sexuels
 - Les grossesses.
- L'activité professionnelle et au foyer.
 - . L'hyperactivité au début de l'anorexie mentale
 - . L'activité professionnelle
 - au début de la maladie
 - et, lors de l'enquête
 - . L'activité ménagère.
- L'insertion sociale.
 - . Le désir de contacts sociaux
 - . La vie relationnelle

L ' E T A T M E N T A L

La personnalité pré-morbide et les troubles névrotiques de l'enfance

Parmi les 11 malades qui ont été revues, 8 traits névrotiques et 3 absences de ceux-ci ont été notés :

- 3 malades ont tendance à être timides et à s'isoler ; une de celles-ci est en outre onychophage et une autre énurétique jusqu'à l'âge de 7 ans.

- 2 présentent des traits de comportement hystérique.

- 1 des manifestations non structurées d'anxiété.

- 1 des traits de type obsessionnel, et

- 1 des manifestations de somatisation associées à une énurésie et une onychophagie.

Parmi les 33 autres dossiers, 7 manifestations névrotiques ont été relevées :

- 2 tendances à s'isoler

- 1 manifestation de type hystérique

- 1 phénomène de somatisation

- 1 trait de comportement obsessionnel

- 1 bégayement

- 1 épilepsie.

Ces résultats sont résumés dans un tableau où il n'est fait état pour chaque malade que du symptôme dominant. Les nombres entre parenthèses concernent les malades qui ont été revues.

Traits névrotiques dans l'enfance	A	B	TOTAL
Nombre total de dossiers	26	18	44
Absence d'information	20	9	29
Total des informations	6 (4)	11 (7)	17 (11)
Total des traits névrotiques	5 (3)	9 (5)	14 (8)
Enurésie-Onychophagie-Bégayem.-Somatis.	2 (1)	2 (1)	4 (2)
Traits ou manifest. hystériques	1 (1)	2 (1)	3 (2)
Manifest. anxieuses isolées	1 (1)	0	1 (1)
Timidité - Tendances à s'isoler	0	4 (2)	4 (2)
Traits obsessionnels	1 (0)	1 (1)	2 (1)

Les traits névrotiques dans l'enfance sont relativement fréquents. Nos résultats sont trop parcellaires pour affirmer qu'ils ont une incidence sur le pronostic.

KAY en 1954 (63) à partir d'une série de 38 cas met en évidence 66 % de troubles névrotiques dans l'enfance mais, en 1967 (65), en comparant un groupe de 16 anorectiques à 8 névrotiques et 8 candidates à une école d'infirmière, montre que l'incidence de ceux-ci n'est pas plus importante chez les anorectiques mentales que chez les malades des autres groupes.

WALL en 1959 (122) étudiant 15 malades, insiste sur la fréquence des personnalités sensibles, timides, peu anxieuses et ayant peu de contact avec autrui. (Remarquons que dans notre série, les 4 malades qui présentent un tel tableau, font toutes partie du groupe B.).

SAMUEL LAJEUNELLE en 1966 (106) note 7 traits névrotiques sur une série de 25 malades. Il n'en tire pas de conclusion pronostique.

DALLY en 1969 (32) insiste sur la fréquence des symptômes à type de rébellion, d'inhibition, de traits obsessionnels et d'hypochondrie existant avant le début de l'anorexie mentale. Parmi ses 140 patientes il met en évidence des troubles du comportement survenant surtout à l'âge de 2 à 3 ans. Ceux-ci sont présents dans la moitié de ses cas d'anorexies mentales sévères. Ce sont : des manifestations phobiques (9 %) et hystériques (4 %) et une énurésie (8 %). Après cette période les malades deviennent des "enfants modèles". L'extraversion (12 %) est un facteur de bon pronostic, par contre : l'égoïsme, la jalousie, la quête affective, les troubles névrotiques marqués, les réactions hystériques au-delà de 10 - 11 ans et le caractère schizoïde constituent des éléments péjoratifs.

THEANDER en 1970 (114), ne met pas en évidence de troubles mentaux pendant l'enfance avec une fréquence particulière. De plus, ils n'ont pas, pour lui, d'incidence pronostique.

THOMA en 1972 (116) affirme que le devenir à long terme dépend de la sévérité de la névrose sous jacente.

En conclusion, les manifestations névrotiques de l'enfance et leur incidence sur le pronostic sont diversement appréciées par les auteurs.

Les facteurs déclenchants

=====

La malade ou sa famille trouvent pratiquement toujours une cause déclenchante, ou soi-disant telle, mais le vécu de l'évènement allégué nous est apparu peu intense ; celui-ci est bien souvent situé à un moment où il existait déjà une symptomatologie à minima en faveur de l'anorexie mentale. Il s'agit pour nous d'un facteur extrêmement subjectif et difficile à interpréter.

Ainsi parmi les 35 dossiers pour lesquels il existe une information sur le devenir :

- seulement 2 ne comportent pas ce type de renseignement (1 A et 1 B)

- une seule malade ne tente pas d'expliquer le déclenchement de sa maladie

- les facteurs exprimés sont les suivants :

- . 9 "peur d'être grosse". Elle est exprimée comme seul facteur déclenchant dans trois cas (1 A et 2 B).

- . 7 "maladies somatiques" (2 appendicectomies, 1 accouchement, 1 "grippe", 1 maladie de Sheuermann, 1 traumatisme cranien, 1 accident bénin de la voie publique)

- . 6 maladies ou décès d'un parent (3 A et 3 B)

- . 5 départs d'un proche du milieu familial (divorce, mariage d'un frère ou d'une soeur, service militaire du mari) (4 A et 1 B).

- . 1 changement de pays (1 B)

- . 5 craintes de ne pas réussir dans les études ou dans la vie professionnelle (3 A et 2 B)

- . 4 désirs d'arrêter les études ou de changer de métier (3 B et 1 A)

- . 2 autres comportements d'opposition au milieu familial (1 A et 1 B)

- . 2 "réactions" au comportement sexuel de leur entourage (1 A et 1 B).

Les différents facteurs ont été classés dans le tableau selon l'intensité de leur vécu en 2 groupes. "Les facteurs importants" concernent les 4 premières rubriques exposées ci-dessus et les "facteurs mineurs" les 4 suivantes. (La peur d'être grosse, déjà étudiée a été exclue de ces résultats, 4 malades ont fait part de deux facteurs)

Facteurs déclenchants	Importants	Mineurs	Total
A	10	8	18
B	9	9	18
TOTAL	19	17	36

Ainsi il apparaît que l'existence d'un facteur déclenchant ou son absence, n'ont pas d'influence sur le pronostic.

De nombreux auteurs expriment un avis contraire.

HERTZ en 1952 (58) en note un, 17 fois sur une série de 45 malades et en fait un élément de bon pronostic.

KAY en 1954 (63) à propos de 38 malades, trouve une "modification de l'environnement" pour les deux tiers d'entr'elles et en 1967 (65) montre que celle-ci est significativement plus fréquente chez les anorectiques que chez les témoins.

LABOUCARIE en 1954 (73) décrit "le traumatisme affectif actuel" dont l'élucidation est la condition de la guérison et qui est un élément de bon pronostic, puis en 1970 (74) isole au sein du groupe des anorexies mentales, la "forme réactionnelle" caractérisée par sa bénignité.

NEMIAH en 1958 (90) distingue une multitude de facteurs qu'il classe en 5 catégories : Peur d'être grosse, anxiété, rupture, maladie physique et conflit émotionnel.

BLISS en 1960 (13) insiste sur le caractère non spécifique de ceux-ci.

SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) retrouve 13 causes déclenchantes invoquées chez 25 malades et se demande si le fait de retrouver une circonstance déclenchante explicite ne représente pas un élément de valeur pour le pronostic, permettant de distinguer de l'ensemble des anorexies mentales, des formes "réactionnelles" de bon pronostic.

DALLY en 1969 (32) note cinq types de facteurs : la peur d'être grosse très fréquente, la mort ou la maladie d'un proche (17 %), une maladie de la patiente elle-même (14 %), une difficulté à l'école ou au travail

(7 %), un conflit sexuel (36 %). Il affirme que : "plus les facteurs précipitants sont importants, meilleur est le pronostic, cependant, leur importance pour l'avenir est petite comparée à celle de la personnalité de la malade et aux comportements acquis dans l'enfance".

THEANDER en 1970 (114) fait état d'une classification similaire (il en supprime la peur d'être grosse) et ne relève dans une série de 84 malades que 50 % de facteurs déclenchants (30 "moyens" et 19 "plus marqués"). Cet élément n'a pas pour lui de valeur pronostique.

WOLF en 1973 (124) le met en évidence 37 fois chez 58 malades et en fait un élément de bon pronostic.

Enfin, pour POROT en 1974 (96), le choc affectif n'a qu'un rôle précipitant.

En conclusion, la fréquence des facteurs déclenchants explicites est remarquable. Leur incidence sur le pronostic est le plus souvent apprécié par les auteurs de façon favorable.

L'examen clinique psychiatrique et complémentaire psychologique au cours
=====
de l'épisode d'anorexie mentale.
=====

L'examen clinique

La plupart des observations sont remarquables par l'absence de diagnostic psychiatrique porté lors de l'hospitalisation des malades. Tout au plus quelques traits de comportement sont signalés permettant seulement de mettre en évidence un certain type de structure de la personnalité.

Ainsi, parmi nos 44 dossiers :

- il n'y a pas d'indication diagnostique dans 14 d'entr'eux.
- dans 4, il est spécifié que la structure psychique de la malade n'a pas paru pathologique.
- aucun syndrome dépressif franc n'a été décrit.

Dans les 26 observations restantes sont relevés :

- 11 structures de type hystérique
- 1 de type phobique
- 4 comportements de type obsessionnel.

- 5 inhibitions avec une diminution du champ relationnel et un repli sur soi sans autre symptomatologie surajoutée. (Ce dernier symptôme a été noté 11 fois associé à d'autres manifestations névrotiques).

- 4 réactions d'opposition au milieu familial. Ces dernières appartiennent toutes au groupe des neuf dossiers dont ni le médecin, ni la malade n'ont répondu à notre demande d'information. (Ce sont les nombres indiqués entre parenthèses dans le tableau).

Structure psychique lors de l'hospitalisation	A	B	TOTAL
Hystérique	3 (+1)	7	10 (+1)
Phobique	0	1	1
Obsessionnelle	1	3	4
Inhibition seule	1 (+2)	2	3 (+2)
Réaction d'opposition	0 (+4)	0	0 (+4)
Absence précisée de trait pathologique	3 (+1)	0	3 (+1)
Absence d'information	9 (+1)	5	14 (+1)
TOTAL	17 (+9)	18	35 (+9)

Au total, parmi les onze malades qui ont été revues, la proportion de symptôme (10/11) est plus importante que dans les autres groupes. On peut se demander si l'examen lors de l'enquête a été plus approfondi (les symptômes sont alors mis en évidence a posteriori - auquel cas il n'est pas possible d'en extraire des conclusions) - ou si c'est à cause d'une structure psychique particulière que ces malades sont revenues nous voir. De plus, alors que dans notre population générale d'anorectiques mentales, la proportion de comportements hystériques est de 11/44 pour 4 traits obsessionnels ; dans le groupe des patientes revues, la première n'est que de 3, tandis que la seconde est inchangée (toutes les malades appartenant au groupe des malades revues). Ces données confirment les impressions qui ont été déjà exposées dans le chapitre traitant du devenir et donc la nécessité d'éviter toute sélection parmi les dossiers dont on dispose.

Par ailleurs, un diagnostic psychiatrique lors de l'hospitalisation

est moins facilement posé dans le groupe des malades qui sont toujours anorectiques mentales (9/17 diagnostics indéterminés et 3/17 absence spécifiée de comportement pathologique) que dans le groupe des patientes qui ne sont plus anorectiques (5/18 diagnostics indéterminés et aucune absence spécifiée de troubles). De même SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) fait état de 7 absences de diagnostic dans son groupe de 13 malades non guéries (G 1), alors que celles-ci ont été montrées à un psychiatre.

Ces données nous amènent à la conclusion, apparemment paradoxale que l'existence d'une symptomatologie névrotique lors de l'épisode anorectique est un facteur d'évolution favorable de ce dernier. Ceci n'implique pas bien sûr que le pronostic psychique lui-même est bon.

Enfin, nos résultats numériques sont trop parcellaires pour que des conclusions pronostiques puissent en être extraites en fonction des différentes structures de personnalité.

Si de très nombreux auteurs soulignent que le pronostic de l'anorexie mentale dépend avant tout de la structure psychologique, ils sont en désaccord lorsqu'il s'agit de définir les éléments susceptibles de faire poser ce pronostic. Peut-être est-ce la conséquence de la divergence des conceptions quant à la nosologie de l'anorexie mentale. En effet,

- pour les uns, comme LOO P. en 1958 (80), "l'anorexie mentale n'est pas une maladie, mais un syndrome pouvant accompagner les réductions alimentaires des névroses et des psychoses ; l'anorexie mentale essentielle n'existe pas". BLISS en 1960 (13) adopte la même idée. NEMIAH en 1958 (90) et SEIDENSTICKER en 1968 (108) s'en rapprochent.

- pour d'autres, il y a lieu de distinguer, à la suite de GILLES DE LA TOURETTE en 1895, puis de DEJERINE en 1911 deux tableaux :

"L'anorexie mentale primaire" caractérisée par l'absence de troubles psychiques associés, et,

"L'anorexie mentale secondaire" qui survient au cours des autres maladies mentales.

Pour HERTZ en 1952 (58), le pronostic de la première est bon, celui de la seconde dépend de l'affection causale.

Une position intermédiaire se trouve entre ces deux courants. Le critère de l'absence de troubles psychiques dans l'anorexie mentale pri-

maire ou essentielle n'est pas totalement exigé. Dans ce dernier cadre les auteurs ont deux attitudes :

- les uns décrivent des formes cliniques évolutives psychiatriques : Ainsi LABOUCARIE en 1954 (73), en 1966 (98) et en 1970 (74) distinguent : les formes réactionnelles de bon pronostic, les formes pseudo-réactionnelles ou névrotiques et les formes psychotiques cénostopathiques d'évolution défavorable. Au sein de la seconde il isole des formes hystériques, obsessionnelles, phobiques et dépressives.

CARRIER en 1963 (20), DECOURT en 1965 (38), HELD en 1965 (57) BESANCON en 1973 (9) et POROT en 1973 (95) font état de classifications comparables.

- les autres affirment qu'il n'est "pas possible de poser un diagnostic de personnalité au début de l'anorexie mentale" (DALLY en 1966 (30)), seule l'évolution au long cours permet d'en distinguer différents types. Cependant quelques traits du syndrome mental de la maladie sont susceptibles de constituer des éléments de pronostic.

Ainsi il est assez généralement admis que le pronostic est mauvais quand il existe :

- des manifestations obsessionnelles (LESSER en 1950 (78), DALLY en 1961 (29), SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) et HALMI en 1973 (56),

- des troubles névrotiques importants (BECK en 1954 (5), DECOURT en 1965 (38), DALLY en 1969 (32) et WOLF en 1973 (123)).

- des manifestations hystériques à type de conversion (DALLY en 1969 (32) et HALMI en 1973 (56))

- des symptômes dépressifs (HALMI en 1973 (56)), non névrotiques (POROT en 1974 (96)).

- une personnalité schizoïde (DALLY en 1961 (29)).

- et un bas niveau d'éducation (SEIDENSTICKER en 1988 (108) et HALMI en 1973 (56)).

DALLY en 1969 (32) isole trois groupes évolutifs :

- les deux premiers représentent "l'anorexie mentale primaire". Le pronostic en est moyen :

. Le groupe "O" (qui s'apparente à une personnalité obsessionnelle) d'assez bon pronostic.

. Le groupe "H" (personnalité hystérique) de pronostic moins bon que le précédent.

. Le dernier ou groupe "M" (mixte) correspond à l'anorexie mentale secondaire ; deux types de maladie peuvent y être associés :

- "L'anxiété hystérique" de très bon pronostic
- et "l'hystérie de conversion" d'évolution très péjorative.

THEANDER en 1970 ne met pas en évidence de différence évolutive entre les formes typiques d'anorexie mentale (79 % de ses 84 cas) et les formes atypiques (13 cas dont 6 "dépressifs", 4 "asthéniques" et 3 "hystériques").

Au total, s'il existe un accord général pour affirmer que le pronostic de l'anorexie mentale repose surtout sur la structure psychique, bien peu d'éléments de cette structure ont été mis en évidence. Aucun d'entre eux ne fait l'unanimité quant à sa valeur pronostique. Ce qui nous fait suggérer comme TISSOT en 1973 (117) que "le mode d'expression "anorexie" survient "comme une parenthèse dans le cours de l'évolution de personnalité fait diversement construite".

Les examens complémentaires psychologiques

7 examens psychologiques ont été pratiqués parmi les 44 malades. Le quotient intellectuel évalué par le Test de WESCHLER-BELLEVUE est homogène, dans 3 cas il est élevé, dans 3 autres bas.

La personnalité a été explorée par le T.A.T. et le test de RORSCHACH qui en montrent : deux border-lines (1 B et 1 A), une schizoïde (1 A), une hystérique (1 A), une hystéro-phobique (1 A) et une immature. Les comptes-rendus insistent sur le peu de structuration des différentes personnalités.

L'absence de recul (hospitalisées récentes expliquant le nombre important de malades appartenant au groupe A) et la trop courte série ne permet pas d'aboutir à des conclusions pronostiques.

La structure psychologique présente deux composantes :

. Le niveau intellectuel est supérieur ou égal à la normale pour DUBOIS en 1949 (42). En fait MICHAUX en 1956 (87) affirme qu'"il est difficile de conclure à un niveau intellectuel univoque chez les anorectiques mentales". Il insiste sur "l'affirmation de l'intellectualisme pur" avec une répudiation de toute préoccupation matérielle et un élan vers le spiritualisme.

. L'arriération affective contraste avec ce dernier, elle réalise une "non-différenciation de la mère" (LABOUCARIE en 1954 (73), MICHAUX en 1956 (87), CARRIER en 1963 (20) et BRUCH en 1966 -(18)).

SELVINI en 1963 à l'aide du test de ROSCHACH met en évidence dans 26 cas, 8 mécanismes de défense de type hystérique, 7 s'apparentant à la psychasthénie, 5 traits obsessionnels et 6 structures inclassables ou "atypiques".

SAMUEL LAJEUNESSE, fait passer, au cours de son enquête un M.N. P.I. à 14 sujets. Il fait remarquer que parmi 6 malades de son groupe des "guéries" (G 1), trois ont un "profil normal" et deux un profil psychotique et qu'une proportion importante n'ont pas de manifestations psychopathologiques caractérisées. En utilisant des échelles A.R. et ego strength il note que "le degré d'inadaptation ou de trouble du moi peut, peut-être, être plus marqué dans les cas non guéris".

THEANDER en 1970, à l'aide de 3 tests : Le colour Word test (C.W.T.) de STROOP (1935) et de THURSTONE (1944), le MARKE-NYMAN temperament scale (1962) (M.N.T.) et le Attitude Interest scale (A.I.S.) de MARKE et GOTTFRIES (1967), met en évidence chez les anorectiques mentales un profil qui diffère de celui de la population normale d'une part, et de celui du reste de la population psychiatrique d'autre part. A propos de la première technique d'examen il conclut : "Seule des études "prospectives" permettront de mettre pleinement en évidence la valeur des tests de personnalité dans la détermination du pronostic de l'anorexie mentale".

L'état mental lors de l'enquête

=====

Les données de l'examen clinique.

Les 21 dossiers bénéficiant d'éléments d'information suffisants (11 malades revues personnellement et 10 réponses aux questionnaires adressés aux médecins) ont été classés de la manière suivante :

- absence de troubles mentaux
- troubles mentaux légers ou traits névrotiques de la personnalité.
- comportements névrotiques nets
- troubles mentaux graves.

Chacun de ces chapitres est accompagné de quelques lignes d'observation destinées à rendre compte de l'état des malades au moment de l'enquête.

1) Absence de troubles mentaux : 1 cas du groupe B.

"Obs. n° 17, Mlle PAT..., 23 ans et demi lors de l'enquête. Son médecin qui la suit toujours nous affirme qu'elle ne présente aucun symptôme psychique et que sa vie familiale (elle est mariée depuis un an et demi) et professionnelle est satisfaisante."

2) Légers troubles mentaux ou traits névrotiques de la personnalité : 5 cas dont un appartient au groupe A et quatre au groupe B.

Groupe B

"Obs. n° 4, Mlle ADI..., 25 ans et demi lorsqu'elle est revue. Elle présente quelques traits de comportement psychasthéo-obsessionnel. Elle est mariée depuis six mois et s'occupe de façon satisfaisante de son foyer, mais elle a des contacts sociaux réduits, verbalise peu les affects et a quelques difficultés pour faire des projets d'avenir ; cependant elle envisage de travailler à nouveau."

"Obs. n° 5, Mlle LAI..., 26 ans lorsque nous la revoyons. Elle présente quelques traits de comportement psychasthéo-obsessionnel. Célibataire, elle vit chez ses parents, mais elle est indépendante d'eux et a de temps à autre des aventures amoureuses. Son activité professionnelle est satisfaisante."

"Obs. n° 8, Mlle BOU..., 22 ans quand elle est revue. Mariée depuis un an, sa vie professionnelle et familiale est satisfaisante. Elle a quelques difficultés relationnelles et verbalise difficilement sa vie affective."

"Obs. n° 34, Mlle BOU..., 23 ans et 10 mois lorsque son médecin nous apprend qu'elle est mariée et a deux enfants. Son état mental est "excellent" mais elle a toujours peur d'être grosse et présente des "symptômes névrotiques". Son activité familiale et professionnelle est satisfaisante."

Groupe A

"Obs. n° 15, Mlle BAU... 22 ans lorsque son médecin nous fournit de ses nouvelles. Elle est toujours anorectique (Elle pèse 82 % de son poids théorique), est mariée depuis 3 ans mais n'a pas d'enfant. Elle nous dit être "souvent" seule et timide, manquant de confiance en elle et être "toujours" excessivement ordonnée. Son médecin juge que son état mental est normal et ne relève aucun symptôme psychique."

3) Comportements névrotiques nets : 9 cas dont quatre appartiennent au groupe B et 5 au groupe A.

Groupe B

"Obs. n° 1, Mlle ELO..., 26 ans quand nous la revoyons. Elle présente des

traits de comportement phobique et psychasthénique. Elle est très dépendante de ses parents et sort peu de la ferme familiale où son travail est satisfaisant. Célibataire, elle n'a jamais eu d'aventure amoureuse.

"Obs. n° 6, Mlle LAR..., 33 ans quand elle est revue. Elle est immature affectivement et dépendante de son milieu professionnel où son travail est régulier. Sa vie affective est pauvre et elle présente des traits de la personnalité hystérique."

"Obs. n° 14, Mme COR..., 33 ans quand son médecin nous donne de ses nouvelles. Elle est asthénique et irritable, se dit insomniaque, n'a pas repris son travail depuis son épisode d'anorexie mentale. Elle est traitée par des médicaments psychotropes. Son médecin nous informe qu'elle présente des "troubles du caractère" et des "symptômes névrotiques".

Obs. n° 23, Mlle DEB..., 20 ans, quand son médecin la revoit ; il nous répond qu'elle a une vie professionnelle et familiale stable et régulière, mais que son état mental n'est pas normal et qu'elle présente des symptômes névrotiques.

Groupe A

"Obs. n° 9, Mlle GOU..., 22 ans quand elle revient nous voir. Elle présente toujours un tableau d'anorexie mentale. Célibataire, ses études sont satisfaisantes mais sa vie affective est pauvre. Elle présente une personnalité hystérique, très dépendante de son psychothérapeute."

"Obs. n° 11, Mme REN..., 23 ans et 9 mois quand elle vient nous consulter. Elle ne travaille plus depuis un an et demi et présente des traits de la personnalité hystérique et un syndrome d'anorexie mentale qui évolue depuis 4 ans."

"Obs. n° 21, Mlle HOS..., 20 ans et demi, est anorectique depuis 2 ans quand elle répond au questionnaire adressé à son médecin. Ce dernier ajoute que ses parents se plaignent de ses troubles du caractère. Son activité professionnelle est régulière. Célibataire elle n'a aucune activité sexuelle.

"Obs. n° 24, Mlle PLE..., 18 ans et 11 mois quand son médecin la revoit 3 ans après le début de sa maladie à l'occasion d'un malaise "pithiatique" lors de l'enterrement d'un voisin. Elle est toujours anorectique et présente des symptômes névrotiques."

"Obs. n° 26, Mlle MUZ..., 18 ans et 5 mois quand son médecin, un an et demi après le début de sa maladie qui persiste nous apprend que ses "troubles du caractère" et ses relations avec ses parents et ses camarades s'améliorent. Elle ne se présente pas au rendez-vous qu'elle nous a elle-même fixé.

4) Les troubles mentaux graves : 6 cas dont 3 appartiennent au groupe A et 3 au groupe B.

Groupe B.

"Obs. n° 2, Mlle PIO..., 25 ans et 5 mois, présente une névrose hystérique avec des antécédents de phénomènes de conversion. Elle est extrêmement dépendante de sa mère et se plaint de troubles hypochondriaques, elle est en invalidité.

"Obs. n° 7, Mlle MOR..., 23 ans et 2 mois, est en milieu psychiatrique ouvert depuis un an. L'examen clinique met en évidence une inhibition massive, une absence de vie affective et une intellectualisme déréalisé. On évoque le diagnostic de schizophrénie simple.

"Obs. n° 25, Mlle COR..., 19 ans et demi quand son médecin nous apprend que sa vie relationnelle est nulle, que sa scolarité n'est pas satisfaisante, qu'elle est très inhibée, affectivement immature et dépendante de sa famille. Malgré le désir de ce dernier, elle refuse de venir nous consulter à nouveau et ne répond pas à notre enquête."

Groupe A

"Obs. n° 3, Mlle FAR..., 37 ans quand elle vient nous revoir. Depuis 28 ans anorectique, elle présente de nombreuses manifestations hypochondriaques, est asthénique et en invalidité, Elle est très dépendante de sa mère et présente des traits de comportement hystérique."

"Obs. n° 10, Mlle BOU..., 20 ans et demi quand elle est revue. L'examen clinique évoque une personnalité border-line avec une grande dépendance à la mère, une importante pauvreté relationnelle, une absence d'affect exprimé et un refuge dans un intellectualisme déréalisé.

"Obs. n° 33, Mlle FER..., a 35 ans quand son médecin du travail demande une expertise psychiatrique. Le médecin qui nous l'avait adressée, chef du service où elle exerçait la profession d'infirmière nous affirme qu'elle présentait, la dernière fois qu'il l'a vue, il y a deux ans, des symptômes psychotiques. La lettre que nous avons adressée à la malade est revenue avec la mention "n'habite pas à l'adresse indiquée".

En résumé, parmi les 21 malades :

- 1 ne présente pas de troubles mentaux.
- 5 ont des traits névrotiques. Leur équilibre existentiel bien que non satisfaisant, n'entraîne pas une inadaptation marquée. Leur personnalité névrotique est mal structurée et se caractérise par un déficit de leur vie instinctivo-affective et une difficulté - à - être - aux autres. Cependant quelques traits de comportement se dégagent au sein de cette symptomatologie dominante. Ainsi, si on ne considère pas les éléments subjectifs que les malades décrivent, mais leur mode de pensée et leur comportement habituel, 4 d'entr'elles présentent des tendances psychasthénobessionnelles et 1 une attitude hystérique.

- 9 ont une symptomatologie névrotique telle qu'elle entraîne une inadaptation à l'existence. Elles sont caractérisées, comme SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) l'a déjà montré, par un "équilibre existentiel précaire... situé en dehors de toute nosographie psychiatrique... Chez ses malades nous avons été frappé par le contraste saisissant entre

l'absence de tout symptôme psychiatrique classique et une présentation très particulière, apparaissant très pathologique dans le champ relationnel, allant de pari avec une existence rétrécie et douloureuse"

L'immaturité affective et la difficulté à être dominant le tableau clinique. Cependant si pour une il n'est pas possible de mettre en évidence une structure psychologique entrant dans un cadre nosologique défini, pour les 8 autres, celles-ci s'apparentent à l'hystérie. Elle se caractérise par l'importance de la dépendance et de la quête affective qui contrastent avec l'absence de théâtralisme et d'hystérionisme marqués et la pauvreté de l'expression d'une éventuelle souffrance psychique.

Par contre, pour les 6 malades présentant des troubles mentaux graves, l'analyse sémiologique est plus facile et un diagnostic psychiatrique entrant dans un cadre nosologique déterminé peut être posé. Mais là encore on est frappé par l'importance de l'aspect déficitaire de la vie affective alors que les capacités intellectuelles et l'adaptation à la réalité sont relativement bien conservées. Il existe chez toutes une certaine "lucidité" de leur mal-à-vivre. Parmi ces dernières : 3 présentent un comportement de type hystérique, l'une d'elles a une névrose hystérique ; 2 ont des personnalités border-line ; et pour la dernière le diagnostic de schizophrénie simple est évoqué.

Ces résultats sont résumés dans un tableau où les nombres entre parenthèses concernent les malades dont le recul est d'au moins 5 ans.

Troubles mentaux	Absents	Légers	Moyens	Graves	Total
A	0	1 (1)	5 (1)	3 (2)	9 (4)
B	1 (1)	4 (4)	4 (3)	3 (2)	12 (10)
TOTAL	1 (1)	5 (5)	9 (4)	6 (4)	21 (14)

Parmi les 9 malades présentant toujours un syndrome d'anorexie mentale :

- 1 présente des traits névrotiques légers de type psychasthénobessionnel.

- 5 ont une symptomatologie névrotique nette, le plus souvent de type hystérique (pour 4 d'entr'elles).

- 3 présentent des troubles mentaux importants ; deux ont un

comportement d'aspect hystérique et une, une personnalité border-line.

Au total, au sein de ce groupe, la proportion de troubles mentaux "moyens" et "graves" est importante (8/9).

Par contre, parmi les 12 malades ne présentant plus de syndrome d'anorexie mentale,

- 1 n'a pas de troubles mentaux
- 4 présentent des traits névrotiques de la personnalité, dont 3 sont de type psychasthénio-obsessionnel et 1 de type hystérique.
- 4 ont une symptomatologie névrotique nette, le plus souvent de type hystérique (pour 3 d'entr'elles, la dernière étant phobique).
- 3 présentent des troubles mentaux importants ; pour l'une le diagnostic de schizophrénie simple est évoqué, pour une autre il s'agit d'une personnalité border-line et la dernière présente une névrose hystérique.

Au total :

La proportion de cas "moyens" ou "graves" est nettement moins importante dans le groupe des malades qui ne sont plus anorectiques (7/12) que dans celui des patientes encore anorectiques (8/9).

De plus, quand le recul par rapport au premier symptôme est d'au moins 5 ans, cette proportion (8/14) tend à diminuer par rapport à celle de la population générale (15/21). Cette décroissance est parallèle à celle des malades encore anorectiques (4/14) par rapport à celle qui ne le sont plus (10/14).

Il existe donc une liaison entre l'intensité de la symptomatologie psychique et l'existence d'un syndrome d'anorexie. Celle-là est plus intense si celui-ci est présent.

Cependant dans le groupe des malades présentant des troubles mentaux "graves", alors que au cours de l'épisode anorectique, un diagnostic psychiatrique entrant dans un cadre nosologique défini n'avait pas pu être posé, ceci devient possible chez les malades qui ne présentent plus de syndrome d'anorexie mentale, mais reste difficile chez celles où il existe toujours. Deux hypothèses, qui ne s'excluent pas, sont susceptibles d'expliquer ce fait :

- D'une part le syndrome persistant "protège" la malade contre l'éclosion d'une symptomatologie structurée sur un autre mode.

- D'autre part, il représente le seul mode d'expression possible pour un certain type de personnalité. Ainsi, chez certaines malades où il est passager, la structure de la personnalité est telle qu'il s'avère insuffisant pour permettre l'expression de celle-ci, et le plus souvent cette dernière l'abandonne au profit d'une symptomatologie plus riche et plus expressive. A l'inverse, chez d'autres patientes, où il persiste, la structure de la personnalité, bien qu'apparentée à la précédente, en diffère sensiblement et garde ce mode d'expression pauvre caractéristique des affections psychosomatiques. Il est possible, en effet, d'isoler avec DALLY en 1969 (32) un tableau clinique singulier d'anorexie mentale chronique. Il concerne des patientes dont la maladie évolue depuis plus de 7 ans, et se caractérise une existence solitaire coupée des autres, des manifestations hypochondriaques, des rites obsessionnels, un aspect paranoïde de la personnalité et, une tendance toxicomaniacale et en particulier un abus des laxatifs. Une symptomatologie aussi nette n'existe pas au début de la maladie.

Il semble donc bien exister deux types d'anorexie mentale :

- l'une dite "essentielle" ou "primaire" caractérisée par la pauvreté de la personnalité sous-jacente et qui rentre dans le cadre des maladies psychosomatiques (DELAY en 1949 (39), DEBRE en 1950 (34), DECOURT en 1951 (37) et KLOTZ en 1955 (70),

- l'autre dite "secondaire", symptomatique d'une autre affection mentale, cette dernière ne se révélant que lorsqu'elle a abandonné le syndrome anorectique.

DUBOIS R. en 1913 (44) traite "De l'anorexie mentale comme prodrome de la démence précoce".

RAIMBAULT en 1914 (99) affirme que "les anorexies mentales ont rarement un avenir indemne du point de vue mental", il distingue différentes formes évolutives : la forme hébéphrénique, l'anorexie hystérique de bon pronostic, l'anorexie phobique de pronostic "intermédiaire" et l'anorexie idiopathique de pronostic "réservé".

LESSER en 1950 (78) à partir d'une série de 15 cas dont l'âge moyen est 14 ans, ne fait état à long terme que de 2 cas qui sont en trai-

tement pour des troubles psychiatriques, une des malades étant psychotique.

KAY en 1954 (62) rapporte que parmi 38 malades, une est devenue schizophrène et que 26 présentent des "névroses diverses" (maux de tête, accès dépressifs, anxiété). En 1965 (64) il fait état de 29 cas suivis depuis plus de 5 ans, parmi lesquels 10 ont un poids et des cycles normaux, mais qui sont mal adaptés socialement et sexuellement, 9 ont un poids bas et sont aménorrhéïques et présentent une tendance à la diminution des relations sociales et sexuelles ; aucune de ces dernières ne sont mariées.

BECK en 1954 (5) à partir de 25 cas bénéficiant d'un recul de 1 à 32ans, constate que 20 sont guéries physiquement et psychiquement, 16 de celles-ci sont mariées (13 ont été enceintes) et que 4 sont des anorectiques mentales chroniques. Il conclut que "pour la majorité des individus les difficultés émotionnelles sont seulement temporaires. Ces malades peuvent progresser jusqu'à une vie adulte normale. Le pronostic sombre des psychiatres est lié au fait qu'ils voient seulement les cas avec des troubles sévères du comportement".

NOVELIOUSKAYA en 1958 (93) fait état à partir de 11 cas suivis pendant plusieurs dizaines d'années de 3 guérisons, de 5 malades chroniques et de 3 schizophrènes.

MEYER en 1961 (85) rapporte que 3 de ses 20 malades sont devenues schizophrènes.

CARRIER en 1963 (20) à partir d'une série de 60 cas, constate que 83,3 % de ses malades ont guéri sans manifestation névrotique et que 16,6 % présentent une guérison incomplète avec un rétablissement physique, des troubles du caractère, des manifestations névropathiques, des tendances autistiques et un apragmatisme sexuel.

SELVINI en 1963 (109) rapporte à partir de 25 de ses malades, qu'une est devenue schizophrène.

CRISP en 1965 (25) parmi 21 cas relève que 2 sont chroniques et ont une symptomatologie dépressive et que 4 sont "guéries", deux de ceux-ci sont dépressifs, un a une "neurodermatose" et un est agoraphobe.

DALLY en 1969 (32) à partir d'une série de 140 cas, fait état de 97 "guérisons", il note que 47 de ces dernières présentent des symptômes

psychiatriques plus ou moins associés dont 23 manifestations dépressives, 22 hypochondriaques, 11 obsessionnelles, 9 phobiques, 2 psychopathiques, 2 schizophréniques et 1 maniaco-dépressive.

THEANDER en 1970 (114) rapporte que 79 de ses 94 malades ne présentent plus d'anorexie mentale. Il relève parmi ces dernières que 18 % ont consulté un psychiatre, et que plus d'un tiers présentent des symptômes mentaux qui entraînent des difficultés dans l'adaptation sociale ceux-ci sont le plus souvent du type de la dépression névrotique. Il note un cas de personnalité border-line qui présente encore des symptômes "moyens" d'anorexie mentale et une malade devenue schizophrène.

Parmi ces 79 cas il relève 47 immaturités psycho-affectives, 31 traits obsessionnels "moyens" et 12 "marqués", 13 sensitifs au sens de KRETSCHNER, 2 paranoïdes et une absence de trait hystérique ou psychopathique.

KESTEMBERG en 1972 (69), complétant les travaux de HELD en 1965 (57) décrit 5 formes évolutives de l'anorexie mentale : les "guérisons spontanées" où il persiste souvent un comportement fait de tendance tyrannique et manipulatrice vis-à-vis de l'entourage ; les "névroses hystéro-phobiques" ; les "comportements obsessionnels" de structure psychotique ou border-line et "les psychoses structurées" très rares (1 cas).

WOLF en 1973 (123), partant d'une série de 31 cas bénéficiant d'au moins 5 ans de recul, note 35 % d'évolution "bonne" caractérisée par quelques signes névrotiques légers et des difficultés relationnelles ; 32 % de "moyenne" avec des périodes d'anorexie et une personnalité pauvre en particulier sur le plan relationnel ; 23 % de "grave" avec une dénutrition chronique, un isolement et des troubles du caractère et 10 % de malades mentaux qui ne présentent plus de troubles des conduites alimentaires.

Les réponses aux questionnaires adressés aux malades

21 malades ont répondu à la partie du questionnaire qui intéresse leur devenir psychologique :

1) dans une première série de questions il leur est demandé de choisir une des 4 phrases suivantes qui leur paraît le mieux refléter leur état ; les résultats obtenus sont les suivants :

- 3 choisissent : "Je ne suis pas une personne nerveuse, je me sens normalement heureuse", deux de celles-ci appartiennent au groupe A et une au groupe B.

- 12 préfèrent : "Habituellement je me sens bien, mais parfois sans grande raison, je me sens anxieuse ou j'éprouve d'autre signe de nervosité", 4 font partie du groupe A et 8 du groupe B.

- Aucune ne retient : "Je me sens plus nerveuse que la plupart des gens, mais mon état n'est pas tel qu'il me soit nécessaire de consulter un spécialiste".

- Enfin, 6 choisissent : "Je suis nerveuse et j'ai besoin de temps à autre de consulter un spécialiste", 4 de ces dernières appartiennent au groupe A et 2 au groupe B.

Ces résultats sont résumés dans un tableau où est indiqué entre parenthèses les malades bénéficiant d'un recul d'au moins 5 ans.

Phrase choisie	A	B	Total
Je ne suis pas nerveuse...	2 (2)	1 (1)	3 (3)
Habituellement je me sens bien...	4 (2)	8 (6)	12 (8)
Je me sens plus nerveuse que...	0	0	0
Je suis nerveuse...	4 (1)	2 (2)	6 (3)
TOTAL	10 (5)	11 (9)	21 (14)

Au total, au sein des 11 malades qui ne sont plus anorectiques mentales :

- 9 de celles-ci choisissent les deux premières phrases et 2 la dernière.

Leur état psychologique leur paraît donc le plus souvent satisfaisant.

Par contre, parmi les 10 patientes toujours anorectiques mentales :

- 6 de celles-ci préfèrent les 2 premières et 4 la dernière.

La conscience d'un état psychologique morbide est donc inconstante dans ce groupe.

Quand le recul par rapport au premier symptôme est supérieur à 5 ans :

7 des 9 malades du groupe B choisissent les 2 premières phrases et 2 de celles-ci la dernière,

par contre, 4 des 5 patientes du groupe A préfèrent les 2 premières et une seule de celles-ci la dernière.

La conscience d'un état psychologique morbide paraît donc ^{de là} exister chez les anorectiques mentales chroniques. Ceci contraste avec les résultats obtenus lors du chapitre traitant des préoccupations pondérales où la conscience de l'état de maigreur est apparu être plus grande chez les anorectiques chroniques que chez les jeunes anorectiques. Ainsi dans l'anorexie mentale chronique la négation d'un état psychologique morbide est plus importante que celle du syndrome physique de l'affection. On peut donc se demander si la première ne constitue pas un élément de pronostic plus grand que la seconde.

THEANDER en 1970 (114) dans son travail, dont nous nous sommes inspiré, a fait passer un questionnaire similaire à 73 malades qui ne présentent plus de syndrome anorectique, (ce qui correspond à notre groupe B) Il fait état des résultats suivants : (entre parenthèses nous avons indiqué nos propres constatations)

- . 22 % choisirent la première proposition (1/11)
- . 38 % la seconde (8/11)
- . 16 % la troisième (0/11)
- . 18 % la dernière (2/11)

La divergence existant entre ses résultats et les nôtres est peut-être liée au fait qu'une forte proportion est représentée par des malades n'ayant jamais été hospitalisées dans un service de psychiatrie et que le recul dont il fait état est nettement plus grand que le nôtre.

2) Dans une deuxième série de questions il a été demandé aux malades de répondre par "toujours", "souvent", "parfois", "rarement" ou "jamais" aux 8 propositions situées ci-dessous. Les résultats sont exprimés dans un tableau où est indiqué entre parenthèses les malades faisant partie du groupe A. 20 malades ont répondu à ces questions, 9 de celles-ci appartiennent au groupe A.

Propositions choisies	Toujours Souvent	Parfois	Rarement Jamais
Vous fatiguez-vous facilement ?	8 (4)	6 (2)	6 (3)
Vous sentez-vous anxieuse ?	8 (6)	10 (2)	2 (1)
Vous sentez-vous déprimée ?	6 (4)	8 (4)	6 (1)
Avez-vous des difficultés pour dormir ?	5 (3)	3 (1)	12 (5)
Avez-vous le sentiment d'être seule, timide et d'avoir peu d'amis ?	8 (6)	6 (1)	6 (2)
Manquez-vous de confiance en vous ?	13 (7)	3 (2)	4 (0)
Etes-vous facilement irritable ?	6 (5)	6 (0)	8 (4)
Avez-vous une tendance excessive à l'ordre ?	8 (5)	1 (0)	11 (4)

Les symptômes ont été classés par ordre décroissant selon le nombre de propositions auxquelles il a été répondu par "toujours" ou "souvent". Lorsque ce nombre est identique pour plusieurs propositions, il a été tenu compte du nombre de réponses par "parfois". Les résultats sont exposés dans le tableau suivant en fonction de notre population globale de 20 malades et de celles du groupe A (9 d'entr'elles) et du groupe B (les 11 autres).

Toujours ou souvent	Total = 20	A = 9	B = 11
Manque de confiance	13	7	4
Anxieuse	8	6	2
Seule et timide	8	6	2
Facilement fatiguée	8	4	4
Excessivement ordonnée	8	5	3
Déprimée	6	4	4
Facilement irritable	6	4	2
Difficulté pour dormir	5	3	2

Au total, le profil de nos 20 malades est le suivant : Nettement plus de la moitié de celles-ci manquent de confiance en elles, un peu moins de la moitié sont anxieuses, seules et timides, facilement fatiguées et excessivement ordonnées, un peu plus d'un quart sont déprimées et irritables et un quart ont des difficultés pour dormir.

En utilisant la même méthode, le profil obtenu pour les 9 malades toujours anorectiques mentales est le suivant : plus des deux tiers manquent de confiance en elles, les deux tiers sont anxieuses, seules et timides, un peu plus de la moitié sont excessivement ordonnées, un peu moins de la moitié sont asthéniques, déprimées, irritables et un tiers sont insomniaques.

Total = 20		Profil A	Total = 11		Profil B
7		Manque de confiance	4		Manque de confiance
6		Anxieuse	4		Facilement fatiguée
6		Seule et timide	4		Déprimée
5		Excessivement ordonnée	3		Excessivement ordonnée
4		Facilement fatiguée	2		Anxieuse
4		Déprimée	2		Seule et timide
4		Irritable	2		Irritable
3		Difficulté pour dormir	2		Difficulté pour dormir

Le profil des 11 malades qui ne présentent plus de syndrome d'anorexie mentale est le suivant : un peu moins des deux cinquièmes manquent de confiance en elles, sont facilement fatiguées et déprimées, un peu plus d'un cinquième sont excessivement ordonnées, un peu moins d'un cinquième sont anxieuses, seules et timides, irritables et insomniaques.

En résumé, les deux derniers profils sont grossièrement comparables, mais la symptomatologie est beaucoup plus accentuée chez les malades qui sont encore anorectiques mentales, que chez celles qui ne le sont plus. Cependant, cette réserve étant faite, ils ne sont pas qualitativement tout à fait identiques : en effet, la malade encore anorectique se caractérise par rapport à celle qui ne l'est plus par les faits suivants : Elle

manque aussi de confiance en elle, mais est plus souvent anxieuse, seule et timide, elle est aussi excessivement ordonnée, mais est moins souvent asthénique et déprimée. Enfin, elle est aussi irritable et insomniaque.

Ces résultats demanderaient bien sûr une confirmation sur des séries plus longues. De plus, il aurait été souhaitable que ce questionnaire soit proposé aux malades du groupe B, non seulement à distance de leur épisode anorectique, mais aussi lors de celui-ci.

Cependant, il est intéressant de noter que ces résultats corroborent ce que l'examen clinique a mis en évidence : la structure psychique ne paraît pas identique chez les malades qui guérissent et chez celles qui passent à la chronicité.

THEANDER en 1970 a fait passer le même type de questionnaire à 73 malades ne présentant plus de syndrome d'anorexie mentale. Ses résultats sont les suivants : (à titre comparatif nos résultats intéressant le groupe B sont indiqués entre parenthèses) : Obsessions 8 % (3/11), Dépressions 15 % (4/11), Anxiété 15 % (2/11), Irritabilité 15 % (2/11), Insomnie 15 % (2/11) et Asthénie 32 % (4/11).

L A F A M I L L E

LES PARENTS

=====

La mère

La mère est dominante sur son mari dans 11 observations parmi 21 contenant ce type d'information. Ces résultats sont moindres que ceux généralement avancés dans la littérature (KING en 1963 (68) et SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106)). Comme le montre le tableau et les données de la littérature (SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 et THEANDER en 1970 (114)), il ne paraît pas que ce facteur soit un élément de pronostic.

Mère	Dominante	Non dominante	Total
A	6	5	11
B	5	5	10
TOTAL	11	10	21

La mère est souvent âgée à la naissance des anorectiques mentales. (DALLY en 1969 (32). Pour THEANDER en 1970 (114) plus cet âge est élevé, moins bon sera le devenir - HALMI en 1973 (56) conteste cette assertion.

Le père

Dans notre série, parmi 20 métiers exercés par le père, seulement 3 nécessitent un niveau d'études supérieures (2 sont médecins et 1 sous-directeur de banque). Les jeunes filles viennent aussi fréquemment du milieu rural que du milieu urbain. Discutant l'assertion de FENWICK en 1880 comme quoi l'anorexie mentale ne se développe que dans les classes aisées, DALLY en 1969 (32) précise qu'elle ne survient que lorsque l'obésité est possible. La profession du père n'a pas d'incidence sur le pronostic (SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) - SEIDENSTICKER en 1968 (108) - DALLY en 1969 (32) et THEANDER en 1970 (114).

Parmi 24 observations, 3 pères sont décédés avant l'épisode anorectique, un a divorcé et une malade est une enfant naturelle. KAY en 1965 (64) relève sur sa série 25 % de séparation du père. Ce facteur pour SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) et HALMI en 1973 (56) n'a pas de valeur pronostique.

Le couple parental

Dans 12 dossiers le couple est décrit uni parmi 18 dossiers contenant cette information.

La désunion est un facteur de mauvais pronostic comme le montre le tableau et comme DALLY en 1969 (32) l'affirme. Cependant pour ce dernier la fréquence de celle-ci n'est pas plus élevée que dans la population générale.

Foyers	"Unis"	"Désunis"	Total
A	5	4	9
B	7	2	9
TOTAL	12	6	18

L'attitude des parents lors de l'hospitalisation

un reflet de celle-ci a été fourni lorsque les sorties contre avis médical ont été étudiées. Il a été vu qu'elles constituent un facteur de mauvais pronostic.

La fratrie

Parmi 23 observations plus de la moitié des fratries (12) sont supérieures à 3 enfants. Par contre 2 cas de filles uniques ont été seulement relevés. KAY en 1967 (65) insiste aussi sur la fréquence des familles nombreuses dans l'anorexie mentale.

Ces 23 malades ont 42 soeurs et 23 frères. La prépondérance des filles et particulièrement des soeurs plus âgées a été soulignée par COOB en 1950, NEMIAH en 1958 (90), CREMIEUX en 1965 (24), DALLY en 1967 (31) et THEANDER en 1970 (114).

Chez 19 anorectiques qui ne se situent pas au milieu de la fratrie, 6 en occupent la première moitié et 13 la seconde.

Parmi les 23 malades, deux d'elles ont deux soeurs plus jeunes qui souffrent du même trouble des conduites alimentaires. La fréquence de ses associations a été soulignée chez les jumelles homo et dizigothes par CRISP en 1967 (26) et DALLY en 1969 (32)

Le nombre de frères et soeurs ne joue pas de rôle pronostique comme l'indique le tableau.

Fratrie	de 3 enfants ou moins	de 4 enfants ou plus	Total
A	5	6	11
B	6	6	12
TOTAL	11	12	23

Pour DALLY en 1969, le fait d'être l'ainée de la fratrie est un facteur péjoratif. Pour nous 3 de nos malades se trouvent dans cette situation, d'eux d'elles sont toujours anorectiques mentales.

Par contre le pronostic est bon quand la patiente est fille unique (DALLY en 1969 (32) et THEANDER en 1970 (114)).

Pour THEANDER en 1970, l'existence de nombreuses soeurs plus¹ âgées que la malade est un facteur de facheux pronostic.

Par contre, l'ordre de naissance dans la fratrie est sans incidence sur l'évolution (SEIDENTICKER en 1968 (108), DALLY en 1969 (32) et THEANDER en 1970 (114)).

Les antécédents familiaux

Au sein de 21 dossiers, 10 malades ont eu un de leurs membres de leur famille qui a présenté des troubles mentaux (5 pères éthyliques violents - 2 états dépressifs hospitalisés, l'un chez un père et l'autre chez une mère - 2 oncles internés dans des hôpitaux psychiatriques - 1 état dépressif concernant une grand-mère).

Troubles mentaux familiaux	Présents	Absents	Total
A	5	6	11
B	5	5	10
TOTAL	10	11	21

DUDDLE en 1973 (45) souligne la fréquence de ces antécédents. Celle-ci ne paraît pas à DALLY 1969 (32) plus importante que dans les autres groupes névrotiques. Il en fait un facteur de mauvais pronostic, ce que ne confirme pas notre tableau, cependant son étude ne concerne que le père, la mère et la fratrie.

Le mariage

Avant le début de la maladie, parmi 35 dossiers, Trois de nos malades étaient mariées, deux de celles-ci ont des enfants. Aucune n'a eu d'enfant depuis leur maladie. Une appartient au groupe B et deux au groupe A. DALLY en 1969 (32) rapporte au sein de 140 malades, 9 cas simi-

laïres. Une seule de ces patientes a été enceinte depuis sa maladie.

Durant l'anorexie mentale, une de nos malade s'est mariée, elle appartient au groupe A et sa maladie évolue depuis près de 4 ans. DALLY en 1969 cite deux cas de ce type, l'une de ces deux malades est toujours anorectique mentale, l'autre a rechuté après 9 ans de guérison.

Depuis l'épisode d'anorexie mentale, 11 des 31 jeunes filles célibataires se sont mariées. 9 appartiennent au groupe B et 2 au groupe A. Lorsque le recul est d'au moins 5 ans la proportion de malades mariées est de 9 pour 17 antérieurement célibataires. Le tableau fait état de celles-ci.

Malades	Mariées	Célibataires	Total
A	2	3	5
B	7	5	12
TOTAL	9	8	17

Au total 7 des 12 malades ne présentant plus d'anorexie mentale sont mariées (l'âge moyen de ces 12 est de 24 ans et 1 mois). Ces résultats sont supérieurs à ceux de la littérature : Ainsi :

KAY en 1954 (63) fait état de 7 malades mariées dans une série de 38.

BECK en 1954 (5) de 16 dans un groupe de 20 guéries

THOMA en 1961 (115) d'une parmi 20 malades.

CRISP en 1965 (25) de 6 dans une série de 21.

SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) de 8 dans un groupe de 31 ou de 5 des 10 guéries.

DALLY en 1969 (32) ne fait état que de 38 % de mariage chez ses 140 malades.

THEANDER en 1970 constate que 60 % de ses malades mariées l'ont été après 25 ans.

Les rapports sexuels

Parmi 35 malades les trois jeunes femmes mariées antérieurement au début de leur affection et une seule des 32 célibataires ont eu ou ont des relations hétéro-sexuelles. Cette dernière a une personnalité de type hystérique, elle est la seule à se considérer comme frigide.

Depuis la maladie, une telle relation est notée dans 11 cas sur un total de 23 dossiers. Parmi ceux-ci 4 des 5 patientes concernées, et qui ont été revues, affirment ne pas être frigides, 3 des 3 malades qui ont répondu au questionnaire disent avoir "une union heureuse" ; et une seule des 3 réponses des médecins trouve "satisfaisante" la vie sexuelle de sa malade.

Au total 8 des 11 relations sexuelles sont jugées satisfaisantes. En fait l'étude de ce facteur très subjectif est difficile.

DALLY en 1967 (31) note que 13 de ses 33 femmes mariées ne sont pas frigides et que 11 de ces dernières sont dégoutées par l'acte sexuel. Ce dégoût est constant quand le mariage a eu lieu avant ou pendant la maladie. Par ailleurs, il relève que 3 célibataires ont des relations sexuelles satisfaisantes.

Les grossesses

Deux des trois femmes antérieurement mariées ont eu des enfants avant leur maladie.

Aucune n'a été enceinte durant l'affection. THEANDER en 1970 (114) cite 5 cas de grossesse survenant chez des anorectiques mentales aménorrhéïques.

Cinq de nos malades ont été enceintes depuis leur affection, toutes appartiennent au groupe B. Ceci représente un peu moins de la moitié des femmes mariées (5/11). Lorsque le recul est d'au moins 5 ans la proportion devient légèrement supérieure à la moitié.

BECK en 1954 (5) note 13 grossesses sur une série de 28 cas.

THOMA en 1961 (115) en dénombre 2 parmi 22 malades.

FARQUARSON en 1966 (50) fait état de 9 malades enceintes sur un total de 15.

SAMUEL LA JEUNESSE en 1966 (106) en trouve 3 dans son groupe de 10 guéries.

SEIDENSTICKER en 1966 (108) en relève 10 parmi 23 malades.

DALLY en 1969 (32) en cite 18 dans un groupe de 33 mariées.

THEANDER en 1970 (114) en rapporte 34 parmi 47 mariées.

L ' A C T I V I T E

L'hyperactivité lors de l'installation de la maladie
=====

A ce stade, l'hyperactivité est pratiquement constamment mise en évidence (dans 10 cas du groupe des 11 malades qui ont été revues). A l'inverse de SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106), nous ne pouvons pas déduire de données pronostiques de ce symptôme.

Par contre, dans cette série de 11 cas :

- l'intérêt intellectuel n'est retrouvé que dans 4 dossiers,
- l'intérêt pour la cuisine dans 6 cas et pour le ménage dans 9 cas.

6 des 11 patientes exerçaient un métier. Dans cette catégorie nous y avons inclu les malades qui poursuivaient de façon régulière des études universitaires. Parmi les 5 malades restantes, 2 vivaient à la ferme familiale et 3 poursuivaient leur scolarité.

L'activité professionnelle lors de l'enquête
=====

La plupart des patientes encore anorectiques mentales exercent un métier (11 sur 14), mais celui-ci n'est régulier que pour 8 d'entr'elles. Cependant quand le recul est supérieur à 5 ans, toutes les malades qui travaillent ont une activité régulière.

Par contre, la proportion de malades qui travaillent et qui ne sont plus anorectiques mentales est nettement moindre (8 sur 15). Cependant leur activité professionnelle est toujours régulière.

Les différents auteurs font état de résultats comparables (KAY en 1965 (64) - SAMUEL LAJEUNESSE en 1966 (106) - FARQUARSON en 1966 (50) - SEIDENSTICKER en 1968 (108) - DALLY en 1969 (32) et THEANDER en 1970 (114). L'insertion professionnelle est, et reste, donc remarquable. Les publications insistent sur la fréquence des métiers paramédicaux. (Dans notre série on note 3 infirmières, 1 adjoint des cadres hospitaliers et par ailleurs deux filles de médecins). Pour SAMUEL LAJEUNESSE il existe "une proportion plus importante de professions intellectuelles dans le groupe des malades guéries".

Le besoin de contacts sociaux est peu intense aussi bien dans le groupe des malades anorectiques que dans celui de celles qui ne le sont plus.

La vie relationnelle

=====

Parmi les 23 médecins qui ont répondu à la question : "a-t-elle une vie relationnelle ?", 14 de ceux-ci l'ont fait par l'affirmative, 5/10 de leurs malades appartiennent au groupe A et 9/13 au groupe B. L'insertion sociale semble donc meilleure dans le groupe des malades qui ne sont plus anorectiques mentales.

=====					
" Vie relationnelle "	"oui" :	"non" :	Total "		

A	5 (2)	5 (2)	10	(4)	"

B	9 (7)	4 (3)	13	(10)	"

TOTAL	14 (9)	9 (5)	23	(14)	"
=====					

En résumé, les possibilités relationnelles et le désir de celles-ci sont peu importants. Ceux-ci sont sensiblement meilleurs lorsque le syndrome d'anorexie mentale n'existe plus.

Les données contrastent avec les résultats obtenus au chapitre précédent où l'activité professionnelle s'est avérée remarquablement fréquente dans le groupe A.

THOMA en 1961 (115) à partir de 23 cas fait état de rapports humains "bons" dans 5 de ceux-ci, "satisfaisants" dans 5 autres et de "mauvais" dans 13.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Les observations sont classées en fonction des résultats de l'enquête effectuée au cours du deuxième trimestre 1975.

- A. - Un premier groupe comprend les malades que nous avons pu revoir dans le cadre d'un entretien.
- B. - Le deuxième, celles qui se sont bornées à répondre par écrit.
- C. - Le troisième, celles qui n'ont pas répondu, mais dont le médecin nous a fourni des renseignements depuis leur dernière hospitalisation.
- D. - Le quatrième, celles qui n'ont pu être contactées, mais à propos desquelles le médecin a fourni des renseignements.
- E. - Le dernier, celles dont aucun renseignement n'a pu être obtenu depuis leur dernière hospitalisation. Ni elle, ni leur médecin n'ont répondu à l'enquête.

Pour la plupart des observations nous avons adopté le plan d'exposition suivant :

1. Biographie et antécédents
2. Mode de début de l'affection
3. Hospitalisation
4. Devenir
5. Réponses aux questionnaires et état clinique en 1975.

A - OBSERVATIONS DES MALADES QUE NOUS AVONS PU REVOIR
DANS LE CADRE D'UN ENTRETIEN (du n° 1 au n° 11) -

Observation n° 1

Mademoiselle ELO..., 17 ans, est hospitalisée en mars 1966.

- 1°) Elle naît à terme, par césarienne, le 4 mars 1949. Son poids de naissance est de 3 kgs. Elle est nourrie au sein par sa mère et ne présente aucun trouble des conduites alimentaires. A 5 ans, elle est traitée, à domicile, pour une coqueluche apparemment non compliquée.

Sa scolarité est moyenne, elle est pensionnaire pendant deux ans et à 13 ans, après avoir redoublé sa sixième, obtient son certificat d'études primaires.

Elle se décrit comme ayant toujours été un peu maigre et ayant un appétit modeste. Elle est timide et mal à l'aise à l'école.

Elle est réglée à 16 ans et présente alors deux cycles à six mois d'intervalle. Elle avait été avertie de ces phénomènes par son milieu scolaire. Aucune femme n'a été réglée aussi tardivement dans sa famille.

A 15 ans, elle pèse 50 kgs.

La mère donne naissance à cette fille unique à l'âge de 28 ans. Elle a son certificat d'études primaire et s'occupe de la ferme familiale. Elle présente une boiterie séquellaire d'une poliomyélite. Elle est atteinte en 1974 de troubles vasculaires cérébraux, elle est actuellement en invalidité.

Le père n'a pas fait d'études. Il est cultivateur et est âgé d'un an de moins que sa femme. Le couple est affectivement uni.

Il n'existe pas d'antécédents psychiatriques familiaux.

- 2°) La maladie de la jeune fille débute en mai 1965 par l'aménorrhée qui l'inquiète car "cela n'est pas normal". En novembre l'amaigrissement devient sensible. Elle qualifie sa perte de l'appétit de "manque de volonté de manger". Le dégoût est global et elle se nourrit exclusivement de café au lait et de confiture. Parfois elle s'alimente en cachette. Elle est nauséuse, mais ne vomit pas, elle est constipée.

Au début de l'épisode son activité est augmentée. Son besoin habituel d'ordre et de propreté s'exagère, elle aime particulièrement préparer la cuisine et servir à table. Dans ses rêves, elle se voit manger plus qu'elle ne le voudrait, puis être nauséuse. Elle ne présente pas d'aspiration particulière au travail intellectuel.

Si elle se rend compte de la réduction de l'apport alimentaire, par contre, elle n'a pas conscience de son amaigrissement et s'étonne des réactions de son entourage dont le discours devient centré sur sa conduite. Ses parents s'inquiètent et elle a le sentiment d'être incomprise d'eux.

Elle ne peut pas donner d'explication à son attitude, mais rapporte cependant que sa grand-mère, démente et insomniaque, meurt dans les 15 jours qui précèdent son hospitalisation.

A cette époque l'asthénie a remplacé l'hyperactivité.

3°) Elle est admise en mars 1966, elle pèse 34 kgs et mesure 1,57 m.

Sans distraction et sans visite, elle est mise dans une chambre avec une autre anorectique mentale. Elle gagne 2 kgs en neuf jours et son poids continue à progresser régulièrement. Au début elle se plaint d'épigastalgies, puis après une courte expérience de désomatisation segmentaire à type de sensation de morcellement des bras, elle prend conscience de sa maigreur à l'issue du premier mois. Les visites sont autorisées durant le dernier mois.

Elle sort, pesant 49 kgs, au bout d'un séjour de 88 jours.

4°) Son poids chute ensuite lentement jusqu'à 45 kgs, puis reste stable durant un an.

En septembre 1967, elle est hospitalisée dans un service de gynécologie pour un bilan de son aménorrhée persistante. Son poids est alors variable, elle alterne entre la maigreur et l'obésité.

En 1971, elle subit une appendicectomie, puis est traitée par des oestro-progestatifs de synthèse et enfin par un progestatif pur durant 2 ans et demi. Elle présente alors des hémorragies de privation.

Depuis juin 1973, elle est réglée sans traitement et elle déclare qu'elle "s'est sentie guérie au retour des règles".

La même année elle souffre de douleurs lombaires et en juin 1974 présente une crise nerveuse survenue sans raison apparente.

5°) En juillet 1975 son médecin répond au questionnaire et elle vient nous revoir.

Le contact est aisé, la malade est heureuse de nous apporter son aide, elle se sent valorisée par l'entretien et est fière de nous présenter sa "guérison". La verbalisation est satisfaisante.

Elle pèse 50,5 kgs, son poids est stable depuis le retour des règles. Celles-ci surviennent régulièrement tous les 28 jours, sont "de moins en moins" douloureuses et d'abondance normale. Son appétit lui paraît "insuffisant" et diminue lorsqu'elle est contrariée. Elle n'a plus de dégoût alimentaire et ne suit pas de régime. Elle est constipée mais ne se traite pas pour ce fait. Elle juge son poids "juste bien" mais "il pourrait être un peu plus haut".

Elle travaille à la ferme de ses parents de façon régulière et cela ne lui coûte pas. Son goût de l'ordre et de la propreté se trouve dans les limites raisonnables.

Toujours célibataire, elle aimerait se marier, mais "sa timidité" lui interdit toute sortie en dehors de la famille et son cercle relationnel apparaît être très restreint, ce qu'elle rapporte au fait qu'elle vit à la campagne.

Enfin, elle "se sent habituellement bien", mais "parfois" anxieuse, se dit "jamais" déprimée, insomniaque ou irritable, "rarement" fatiguée, "souvent" manquant de confiance en elle et excessivement ordonnée et "toujours" seule et timide.

A propos de l'isolement elle déclare que : "C'était strict, mais il fallait bien ça".

Observation n° 2

Mademoiselle PIO..., 17 ans, est hospitalisée en janvier 1967.

- 1°) Elle naît en 1950 à l'issue d'une grossesse à risques. L'accouchement est normal, mais elle aurait présenté des signes en faveur d'une toxoplasmose congénitale. Allaitée artificiellement, elle est anorectique et vomit fréquemment. Sa courbe de poids est irrégulière. Elle marche à 17 mois.

L'anorexie persiste durant l'enfance. De 9 à 14 ans elle présente des précordialgies survenant plusieurs fois par semaine, elle est traitée pour une constipation par des laxatifs. A 14 ans elle souffre de douleurs cervicales et de troubles circulatoires de la main droite qui est rouge, chaude, oedématisée avec des paresthésies. Ces phénomènes périodiques durent 4 à 5 jours et surviennent 2 à 3 fois par mois.

A 15 ans elle est immobilisée pendant 6 mois dans une coquille plâtrée pour des douleurs lombaires. La même année elle est atteinte d'une septicémie à entérocoques, puis présente des accès fébriles espacés et répétés accompagnés d'une vitesse de sédimentation accélérée et d'une positivité de la cuti-réaction à la tuberculine, elle est traitée par l'Isoniazide.

Sa scolarité est fréquemment interrompue par ces maladies. Cependant elle ne redouble jamais une classe, obtient le prix d'excellence en sixième et en cinquième, quitte l'école en quatrième et continue les cours à domicile.

Durant cette période elle "n'est jamais bien", dort mal, craint les punitions, a peur de perdre sa mère qui lui répète qu'elle-même a perdu la sienne à 11 ans. Elle raconte avec complaisance que depuis l'âge de 7 ans, à chaque vacance d'été, un oncle l'invite à participer à des jeux sexuels et que à 14 ans il a tenté de la violer. Elle n'en parle à sa mère qu'à cette époque, ce qui entraîne, bien que le scandale soit étouffé, une brouille familiale et définitive. Elle termine son récit par cette phrase "Si j'avais su, je n'aurais rien dit".

Elle est réglée à 13 ans, ses cycles sont réguliers et indolores. Son milieu scolaire l'a informé de cette éventualité car sa mère "ne voulait pas aborder ce sujet".

A 16 ans, elle pèse 48 kgs et mesure 1,48 m.

Sa mère est comptable depuis 1973, elle accompagne sa fille lors de la dernière entrevue, prend la parole en premier, ne la laisse parler que lorsqu'elle a déchargé son agressivité vis-à-vis du corps médical. Elle souffre de maux de tête, de constipation et de vomissements. Durant toute la grossesse de sa fille elle est anorectique et vomit, elle reste alitée car elle a fait antérieurement une fausse couche au sixième mois et a perdu un enfant né à terme qui présentait une "maladie bleue". Lors de la grossesse de son deuxième enfant elle est "déprimée" : elle "n'en voulait pas un qui ressemble à sa fille aînée". Cette dernière la décrit comme "l'aimant trop, l'aimant mal et l'aimant pour elle" et déclare qu'elle ne se rend pas compte de ce qu'elle dit.

Son père n'a pas poursuivi d'études et est constructeur de fours de boulangerie. Il est décrit par sa fille comme ayant un comportement d'enfant, très dépendant de sa femme, n'assumant pas son rôle dans le milieu familial, et ne s'en sentant pas responsable.

La malade est l'aînée d'une fratrie de quatre.

La seconde, de deux ans moins âgée qu'elle, est laborantine. Célibataire, elle a quitté sa famille et n'a jamais présenté de troubles des conduites alimentaires.

La troisième, de 6 ans plus jeune est anorectique mentale depuis février 1972. Elle est aménorrhéique depuis novembre 1972, mais pèse actuellement 43 kgs et mesure 1,62 m. Elle n'a jamais été hospitalisée, mais a été éloignée de sa famille, ce qui lui a permis de reprendre du poids. Elle doit se marier prochainement. Elle est décrite par sa sœur aînée comme n'étant pas malade : "il y a une différence entre ne pas vouloir manger et ne pas pouvoir manger, c'est-à-dire ne pas avoir faim" et comme présentant des troubles du caractère empêchant toute communication.

Le garçon, de 9 ans plus jeune, est, comme son père, totalement scotomisé autant dans le discours de la mère que dans celui de la malade.

Aucun autre membre de la famille n'a été hospitalisé en milieu psychiatrique.

2°) Le début de l'affection est difficile à déterminer, la jeune fille ayant toujours souffert de troubles des conduites alimentaires.

L'amaigrissement est sensible en février 1966.

L'aménorrhée s'installe en mai et est mal acceptée, la malade ne se jugeant pas "comme tout le monde".

L'anorexie est globale et n'est pas entrecoupée d'épisodes de boulimie paradoxale.

Il s'y associe des vomissements.

Mademoiselle PIO... "ne peut plus rester en place", cuisine, tricote, fait apprendre leurs leçons à sa soeur et son frère et participe à des organismes tels que S.O.S. Jeunes et un Cercle de Bibliophiles "Je passe ma vie à rendre service" dit-elle.

Son comportement alimentaire lui paraît secondaire à sa santé déficiente. Elle aurait aimé poursuivre ses études pour devenir médecin. Sa fragilité physique lui empêche d'y parvenir et la décourage. "Je ne voulais plus vivre, c'est pourquoi je ne voulais plus manger".

3°) Elle est hospitalisée en janvier 1967. Elle pèse 34 kgs.

Isolée, elle grossit d'un kilo en une semaine. Elle reçoit 10 mg de Diazepam chaque jour et son traitement par 250 mg d'Isoniazide est poursuivi.

Sa mère, n'acceptant pas l'interdiction des visites, la fait sortir le 11ème jour, provoquant, par ailleurs, la même conduite chez les parents d'une autre anorectique mentale (observation n° 13).

4°) Rentrée chez elle, les vomissements redoublent, elle pratique de nombreux lavements, est perfusée et accuse ses parents d'avoir "combiné" avec les médecins ce simulacre d'hospitalisation pour "lui faire peur.

Elle est envoyée dans une maison de repos et y séjourne trois mois. Non isolée, elle ne peut pas, cependant, recevoir de visite. Son poids est plus satisfaisant à la sortie.

Elle obtient son B.E.P.C. et suit pendant deux ans des cours de couture et de dessin par correspondance.

Par la suite elle présente trois rechutes. Au cours de l'une son poids aurait atteint 27 kgs.

Au début de 1972, elle est hospitalisée une dizaine de jours dans une ville du sud de la France pour une tachycardie liée à un déficit potassique. A sa sortie elle effectue une tentative de suicide médicamenteuse bénigne car elle "ne pouvait plus dormir".

Ensuite, elle pose sa candidature à l'entrée d'une école d'infirmières où elle n'est pas acceptée "en raison de son état de santé".

Son poids se stabilise à la suite d'une cure thermique, vers la fin 1972, aux alentours de 45 à 47 kgs.

Ses règles réapparaissent spontanément en août 1973.

5°) Elle est revue en juillet 1975. Son médecin n'a pas pu être joint.

Elle pèse 47 kgs et mesure 1,56 m, son poids est stable.

Elle est réglée, mais ses cycles varient entre 1 à 2 mois.

Un kyste de l'ovaire est suspecté et une consultation chez un gynécologue est prévue. Ses règles sont d'abondance moyenne et légèrement douloureuses.

Son appétit lui paraît "normal", parfois "un peu insuffisant" et son poids "juste bien". Elle présente toujours des vomissements et se pèse tous les 15 jours - 3 semaines. Elle suit un régime pauvre en graisse et en féculent, et ne mange jamais de pâtes alimentaires ou de pommes de terre. Elle est constipée et prend des "tisanes". Elle est traitée, de plus, par du Sorbitol, de l'Hexadiphane, du Métoclopramide et du Disopyramide. Elle rapporte ses troubles à une insuffisance du "drainage biliaire".

Elle est en invalidité à titre définitif à 80 %, assure, quatre heures par semaines, une activité de monitrice de travaux manuels, se sent incapable de travailler une journée entière, elle est obligée de dormir plus de neuf heures par nuit.

Célibataire, elle n'a jamais eu d'aventure amoureuse et n'en désire pas.

Elle dit ne pas être "une personne nerveuse", ne "jamais" être déprimée, irritable ou excessivement ordonnée, être "rarement" timide et seule, "parfois" anxieuse et insomniaque, manque "souvent" de confiance en elle et être "toujours" fatiguée. Elle n'aime pas "sortir" et se distraire.

L'examen clinique met en évidence.

1. Un contact facile, une verbalisation aisée, une narration complaisante avec une tendance au récit mythomane.
2. Des préoccupations hypochondriaques.
3. Une immaturité affective avec :
 - a) une dépendance vis-à-vis de sa mère qui ne la comprend pas surtout depuis que celle-ci travaille.
 - b) des tentatives velleitaires d'indépendance : "Je n'ai pas la santé pour me mettre chez moi.
 - c) une quête affective auprès des enfants et de la femme de son médecin traitant auxquels elle s'est attachée depuis deux ans.

A propos de l'isolement, elle déclare : "Dans mon cas c'était une erreur".

Observation n° 3

Mademoiselle FAR..., 27 ans, est hospitalisée en septembre 1969.

- 1°) Elle naît à terme, le 12 août 1938, à l'issue d'une grossesse et d'un accouchement sans incident. Le poids de naissance est de 3,6 kgs. L'allaitement est artificiel. Le développement psycho-moteur et le comportement alimentaire néo-natal sont normaux.

Durant son enfance, la malade jouit d'un appétit robuste. Elle est vive et bien intégrée à la vie familiale.

Elle est réglée à l'âge de 11 ans. Ses cycles sont réguliers tous les mois, non douloureux et d'abondance normale. L'événement est vécu de façon banale bien qu'elle n'en soit pas avertie.

A 13 ans elle est "un peu forte" et pèse 54 kgs.

Sa scolarité est moyenne. Elle obtient le certificat d'études primaire à 14 ans, puis suit durant deux ans les cours d'une école ménagère, mais ne peut pas accéder à l'examen terminal, celui-ci la rend trop anxieuse. Elle n'a jamais aimé aller à l'école.

Durant la période pubertaire, elle est décrite comme timide, refusant les sorties que lui proposent ses frères. La libido est pauvre. Son poids reste stable à 54 kgs de 13 ans à 19 ans.

Sa mère, mariée à 25 ans, accouche de sa fille à l'âge de 27 ans.

Présente lors de la dernière entrevue, elle est sthénique, a tendance à parler à la place de sa fille, ne montre pas d'agressivité à son égard, bien qu'elle exprime son embarras devant la présence dans le milieu familial de cette fille déjà agée.

Elle est cultivatrice et a dû diriger seule l'exploitation durant de nombreuses années. Assez autoritaire, elle n'est pas apparue très pathologique.

Le père, cultivateur, longtemps prisonnier en Allemagne, n'a vécu que 5 ans dans le milieu familial. Il est décédé d'un cancer de l'estomac, sa fille avait alors 12 ans.

La fratrie est formée de quatre autres membres : deux frères cultivateurs, l'un plus âgé que la malade, l'autre plus jeune, séparés par une année d'elle. Les deux derniers enfants, de 7 ans plus jeunes que les aînés, sont une soeur, sans profession, mariée et un frère, chaudiériste et célibataire.

Aucun des autres membres de la famille n'a souffert de troubles des conduites alimentaires. Un oncle paternel est interné en milieu psychiatrique depuis l'âge de 30 ans.

2°) A 19 ans, une cousine, à laquelle elle était jusqu'alors très attachée, l'accuse de fréquenter son prétendant.

C'est dans les suites de cet événement que l'anorexie débute en 1957. Le dégoût des aliments est global, intéressant particulièrement les hydrates de carbone, non entrecoupé d'épisodes de boulimie paradoxale.

L'amaigrissement est lentement progressif jusqu'à l'âge de 24 ans.

L'aménorrhée s'installe à 20 ans, inquiétant à l'époque la malade.

La constipation existe depuis l'âge de 14 ans. La symptomatologie fonctionnelle digestive est faite de flatulences, d'épigastralgies, de nausées sans vomissements, survenant après chaque tentative d'alimentation.

La malade n'a jamais eu peur d'être grosse.

Au début elle participe très activement aux travaux de la ferme, et ne sent pas sa fatigue, puis par la suite elle devient asthénique limitant son activité aux tâches ménagères et de cuisine.

Elle s'isole, a un sentiment de tristesse et d'ennui, se juge inférieure aux autres et a honte de son état. La conduite de la jeune fille n'entraîne pas de réaction notable de la part du milieu familial, sa mère la considérant comme une "bagatelle", mais s'étonnant cependant du peu de communicabilité de sa fille.

3°) A 24 ans, elle est hospitalisée une première fois en milieu psychiatrique ; elle pèse 30 kgs. Non isolée, elle est traitée par des perfusions, du Sulpiride et des hypnotiques. Elle sort au bout de deux mois, son poids est de 39 kgs.

A 27 ans, elle est admise dans le service. Elle pèse 35,5 kgs et mesure 1,57 m. Isolée, elle grossit de 500 gr. en 10 jours. Elle reçoit alors 20 unités d'insuline ordinaire et 10 mg de Diazepam par jour. La sensation de faim réapparaît, mais les manifestations fonctionnelles digestives post-prandiales se majorent.

Elle sort au bout de 41 jours. Son poids est de 37,7 kgs.

4°) Elle est alors mise en invalidité.

A 29 ans, elle est réhospitalisée dans un service de médecine où elle séjourne un mois. Le bilan radiologique digestif étant normal, elle est secondairement isolée : il n'y a aucune reprise de poids.

5°) Elle est revue en juillet 1975. Son médecin la suit toujours et répond au questionnaire en confirmant ses dires.

Elle pèse 39 kgs, son poids maximum étant de 40 kgs durant de courtes périodes. Elle juge son appétit "insuffisant" et son poids "nettement trop bas", toute tentative d'augmenter sa ration alimentaire s'accompagne de gastralgies, de ballonnement et de malaises post-prandiaux. "Mon estomac est descendu et rétréci". Elle s'interdit les sucreries et les pâtisseries et prend périodiquement des pruneaux pour lutter contre la constipation. Elle se pèse tous les 15 jours. Elle est traitée depuis des années par 75 mg de Sulpiride par jour. Elle ne s'inquiète plus de son aménorrhée qui persiste depuis 17 ans et qui n'a pas cédé à un traitement oestro-progestatif maintenant interrompu.

Elle est asthénique, a une petite activité ménagère, mais pas réellement efficace aux dires de la mère, évite tout effort physique et refuse tout loisir.

Elle "se sent habituellement bien", mais "parfois éprouve des signes de nervosité". Elle n'a "jamais" d'insomnie, est "rarement" excessivement ordonnée, est "souvent" fatiguée, anxieuse, déprimée, seule, irritable et manquant de confiance en elle.

Elle redoute l'avenir. Sa mère devant prendre sa retraite dans un an, elle envisage de façon velléitaire de travailler, mais ses hésitations et son incapacité à se décider aboutissent à un comportement d'échec.

Elle rationalise son invalidité de la manière suivante : Les troubles digestifs interdisent une alimentation satisfaisante dont la conséquence est un poids insuffisant pour permettre une activité physique continue.

Célibataire, elle n'a jamais eu aucune activité sexuelle ce qui actuellement la laisse indifférente.

Quant à l'isolement, elle s'est sentie peu concernée par celui-ci et elle conclut notre entrevue par cette phrase : "Je suis partie pour rester comme je suis là...".

Observation n° 4

Mademoiselle ADI..., 17 ans, est hospitalisée en juin 1968.

- 1°) Elle naît à terme le 28 janvier 1951 à la suite d'une grossesse et d'un accouchement sans incident. Son poids de naissance est "juste bien". Allaitée au sein durant une quinzaine de jours, elle ne présente aucun trouble des conduites alimentaires et sa courbe pondérale est satisfaisante. Son développement psychomoteur est normal.

L'enfance se déroule sans incident. Non boulimique, elle jouit d'un solide appétit. La nourriture familiale est saine, le foyer est uni et chaleureux. A part quelques colères sans lendemain, l'enfant n'a pas de trait névrotique. Dernière née, elle est particulièrement "gâtée". Sa scolarité est satisfaisante, son classement est situé dans la moyenne, elle ne redouble pas et est bien intégrée parmi ses camarades de classe. Après avoir été pensionnaire durant deux ans, elle obtient son certificat d'études primaires à l'âge de 14 ans. Elle envisage alors de continuer ses études car elle désire devenir puéricultrice ou aide-maternelle.

Elle est réglée à 15 ans. Ses tous premiers cycles sont réguliers puis ils s'espacent et ne surviennent plus que 2 à 3 fois par an. Ils sont indolores et d'abondance normale. Sa mère et sa sœur ont été réglées au même âge. Avertie de cette éventualité par celles-ci, elle n'en garde pas un souvenir pénible. Les autres informations sexuelles sont recueillies entre 18 et 19 ans.

A 16 ans, son poids est de 45 kgs et est stable. Elle a cependant une vague peur d'être grosse.

Sa mère lui donne naissance dans sa trentième sixième année. Du niveau du certificat d'études primaires, elle travaille comme préposée aux P.T.T. durant quelques années. Rapidement elle ne s'occupe plus que du

foyer et de la petite exploitation agricole où vit la famille. Très affectueuse, elle supporte mal le départ de ses aînés et s'inquiète facilement à leur sujet. Elle reporte son affection sur la dernière. Après le décès de son époux, elle fait quelques heures de ménage le samedi et le dimanche.

Le père, d'un an plus âgé que sa femme, est facteur. Il est moins expansif et moins chaleureux qu'elle. Bathylique, il devient en 1960 coléreux et violent. En 1963, il présente un syndrome neurologique à type d'hémiplégie et psychiatrique à type de troubles du caractère et de détérioration intellectuelle, nécessitant de nombreuses hospitalisations. Il est alors mis en invalidité.

Attendue et désirée, la jeune fille est la dernière d'une fratrie formée en outre d'un frère de 11 ans plus âgé qu'elle et d'une soeur de 4 ans plus âgée. Le premier est marié et a 4 enfants, il est menuisier. La seconde, bien que mariée depuis 7 ans n'a pas d'enfant. Elle est stannériste. Elle a présenté des troubles des conduites alimentaires néonataux, mais son appétit s'est normalisé par la suite.

2°) A 15 ans et demi, la malade refuse de poursuivre ses études. En effet, son père étant invalide et sa mère ayant peu de source de revenu, elle juge qu'elle a le devoir de travailler. Elle entre alors dans une famille comme employée de maison et prend en charge une vaste maison et 4 grands enfants. Elle loge chez ses patrons et rentre le samedi et le dimanche dans sa famille. Elle n'aime pas son métier, s'y ennue et attend avec impatience ses jours de congé.

Alors qu'elle est âgée de 16 ans, son père meurt à 53 ans, c'est à cette époque que s'installe le refus de manger qu'elle qualifie de "volontaire au début". Celui-ci est rapidement remplacé par une perte de l'envie de manger avec un dégoût global des aliments, mais sans épisode de boulimie paradoxale, ni alimentation en cachette.

L'amaigrissement dont elle n'a pas conscience et la constipation y font suite.

Les règles disparaissent en septembre 1967, ce qui laisse la jeune fille indifférente.

Ne pouvant jamais faire assez bien à son goût, elle se sent facilement submergée par sa tâche. Elle augmente alors ses heures de travail et se sent fatiguée. Elle se consacre surtout au ménage et à la préparation de la cuisine. Cependant, durant ses jours de congé, elle ne garde pas ses préoccupations, mais reste dans sa famille, ne sort pas et passe son temps à "lire des livres de poche".

Secondairement ses sentiments habituels d'infériorité par rapport aux autres, de vague tristesse sans idée de suicide et d'ennui s'intensifient. Très asthénique elle arrête de travailler en février 1968. La mère qui dissimule mal son inquiétude, est "trop affectueuse" et cède à tous ses "caprices" alimentaires. Elle lui procure des mets recherchés, mais la jeune fille refuse de les manger.

3°) Elle est hospitalisée contre son gré en juin 1868. Admise dans un service de médecine générale, elle vomit après chaque prise alimentaire et maigrit de deux kilos en une semaine.

Mutée dans le service de psychiatrie, elle pèse alors 28,5 kgs et mesure 1,60 m. Isolée, elle grossit de 2 kgs en 8 jours.

Au début le contact est bon, la voix est faible et plaintive, les pleurs sont fréquents. Elle apparaît être très dépendante de sa mère. Puis elle est surprise à dissimuler les aliments, et se plaint alors d'une riche symptomatologie fonctionnelle parmi laquelle on note :

- une pollakiurie et une dysurie avec des pertes d'urines nocturnes, mais les urines sont cliniquement et biologiquement normales.

- des épigastralgies et des flatulences permanentes à renforcement post-prandial.

- et, une "constipation" qui s'avère fictive.

Ces troubles sont rationalisés de la manière suivante : "Les matières s'accumulent dans tout mon intestin d'où mon ballonnement et remontent jusqu'à mon estomac d'où mon absence de faim".

Elle fait parvenir à sa mère des lettres où elle attaque le personnel soignant qui la "fait manger comme un porc"

Peu de temps après l'autorisation des visites, sa mère la fait sortir à l'issue d'un séjour de 61 jours. Elle pèse alors 44 kgs.

La lettre adressée alors à son médecin fait état d'un "résultat satisfaisant en ce qui concerne le poids, mais il persiste d'importantes manifestations névrotiques à forme essentiellement hypochondriaque., le pronostic apparaît réservé".

Quoique se sentant "gonflée", elle a le sentiment d'être "guérie" et qu'elle ne rechutera pas.

4°) Rentrée chez sa mère, elle reste sans travailler pendant quatre mois et maigrit de deux kgs, son poids se stabilise alors à ce niveau. Durant quelques mois, elle est employée comme ouvrière d'usine et loge hors du milieu familial où elle retourne le samedi et le dimanche. "Trop fatiguée" elle interrompt à nouveau son travail et vit chez sa mère durant un an et demi. Elle ne sort pas et ne s'occupe que des tâches ménagères. Son poids augmente alors à nouveau et se stabilise durant de nombreuses années à 60 kgs. Elle est très préoccupée de sa constipation et se traite par des laxatifs. Ses règles réapparaissent spontanément en octobre 1969, irrégulières et peu abondantes.

Sa mère qui fait quelques heures de ménage ne parvient pas à équilibrer le budget familial si bien qu'en septembre 1970, à 21 ans, la jeune fille s'engage comme "gouvernante" à Paris. Elle quitte cette première place au bout de quinze jours, car "c'était trop grand, il y avait quatre enfants et trop de réceptions", puis travaille chez un couple âgé où elle restera trois ans.

Elle fait alors la connaissance d'une autre jeune fille et commence à "sortir". A 22 ans, elle a sa première aventure amoureuse, longue de six mois, les rapports sexuels n'y sont pas satisfaisants. Elle prend l'initiative de rompre car "ce n'était pas un garçon sérieux". Par la suite elle a deux ou trois autres courtes aventures où elle ne "s'attache pas", car ses partenaires ne désirent pas se marier.

En septembre 1974, elle quitte le vieux couple, s'installe en ménage avec un jeune homme de son âge, contrôleur de la S.N.C.F. qu'elle connaît depuis neuf mois. Elle prend alors un emploi de vendeuse durant six mois, mais est fréquemment obligée de s'arrêter car elle présente des maux de tête, et des palpitations et elle grossit. Elle rapporte ces troubles au fait qu'elle prend des oestro-progestatifs.

Le couple a, à cette époque, quelques difficultés car son ami a "d'autres relations". En le menaçant de le quitter, elle obtient qu'il y renonce et elle se marie en janvier 1974.

5°) Elle est revue en juillet 1975.

Son médecin n'a pas répondu à l'enquête.

Elle n'a pas été réhospitalisée et ne suit aucun traitement.

Elle pèse 53 kgs. Son poids a baissé après son mariage, mais est à nouveau stable.

Ses cycles sont spontanés, réguliers et parfois douloureux. Elle envisage de consulter un gynécologue car ses règles sont "plutôt" abondantes.

Son appétit lui paraît normal, mais a tendance à diminuer quand elle est soucieuse ou lors de la saison chaude. Son poids lui semble "juste bien". Elle se pèse chaque jour. Elle n'a aucun dégoût alimentaire et ne suit pas de régime.

Elle n'est plus constipée depuis deux ans et ne présente plus de symptomatologie digestive ou urinaire.

Les activités ménagères lui sont quelques fois difficiles à exécuter et elle se sent "souvent" facilement fatiguée. Cependant, elle désirerait travailler car, durant les absences de son époux elle s'ennuie au foyer. Elle se réveille fréquemment asthénique, bien qu'elle ait "rarement" des difficultés pour dormir. Elle a "souvent" une tendance excessive à l'ordre, mais celle-ci n'est pas une cause d'agacement pour son mari. Elle est maintenant satisfaite des rapports sexuels et désire avoir des enfants, d'autant que "ce n'est pas bien de ne pas travailler quand on n'en a pas".

"Habituellement" elle "se sent bien", mais est "parfois" anxieuse, déprimée, timide, manquant de confiance en elle ou irritable.

Elle aime peu "sortir" et se distraire.

Durant l'entretien, le contact reste superficiel. Les affects sont difficilement verbalisés donnant l'impression d'une certaine

"indifférence" à ses proches. Ainsi, elle ne parle plus de sa mère qu'au passé, son mari ne paraît plus l'intéresser depuis qu'il est "sérieux". Paradoxalement elle exprime la crainte de ne pas être aimée de lui et d'être abandonnée, mais là encore elle situe ce sentiment dans le passé. A aucun moment elle n'aborde sa vie à venir, sauf en ce qui concerne le désir d'être mère.

A propos de l'isolement elle dit "c'était dur, mais je n'aurais pas guéri sans cela" et conclut l'entretien en déclarant "Je suis venue car j'avais besoin de parler de ma maladie".

Observation n° 5

Mademoiselle LAI..., 19 ans, est hospitalisée en septembre 1968.

- 1°) Elle naît à terme à la suite d'un accouchement sans incident. Son poids de naissance est un "peu fort". Allaitée artificiellement son comportement alimentaire est satisfaisant. Le développement psycho-moteur est normal.

Durant son enfance, son appétit est bon, la nourriture est équilibrée et abondante. Elle est bien intégrée à son milieu familial, joue avec ses frères, faisant autant de "bêtises" qu'eux, elle est considérée comme une enfant "espiègle".

Sa scolarité est bonne, mais irrégulière : un trimestre elle est placée dans les premières, le suivant dans les dernières. On la considère comme "pouvant très bien faire quand elle veut".

A 11 ans, elle devient sur sa demande pensionnaire et entre en classe de sixième. Son travail ayant été insuffisant l'année précédente, elle redouble la seconde à 13 ans.

Elle est réglée à 14 ans. Ses cycles sont irréguliers, non douloureux et d'abondance normale. Bien que non avertie de cette éventualité, elle n'en conserve pas un souvenir pénible. Les autres informations sexuelles sont recueillies dans le milieu scolaire entre 14 et 15 ans.

Sa mère a son certificat d'études primaires. Elle partage sa vie entre son foyer et les travaux de la ferme. Elle donne naissance à sa fille dans sa vingt neuvième année. Elle est légèrement forte, mais n'a jamais souffert de troubles de l'appétit.

Sa fille la décrit comme surprotectrice, anxieuse et un "peu nerveuse" : Elle présente aisément une symptomatologie fonctionnelle à type de palpitation et de précordialgie à la moindre contrariété et se plaint d'avoir un sommeil défectueux. Cependant son état n'a jamais nécessité un traitement en milieu hospitalier. Elle supporte très mal les séparations tel que le départ en vacances de ses enfants ou dernièrement le mariage d'un fils.

Très inquiète de la maladie de sa fille elle l'incite à consulter car elle pense qu'elle est "authentiquement malade".

Le père, agriculteur, de huit ans plus âgé que sa femme, a son certificat d'études. Il est bien portant et est décrit comme "sólido", "lucide" et "juste", ayant une vision "réaliste" du comportement de sa fille.

Le couple est uni, mais exprime peu son affectivité.

La malade est la dernière d'une fratrie formée de quatre autres frères. Lors de l'hospitalisation, l'un poursuit des études de droit, deux sont cultivateurs, le dernier est électricien. Seul l'aîné est marié, les trois autres vivant dans le foyer familial.

L'un d'eux a présenté alors qu'il était nourrisson des troubles des conduites alimentaires.

La jeune fille se sent "chouchoutée" par ses grands frères, bien que ceux-ci se soient un peu "moqués" de sa légère obésité lors de sa puberté.

Aucun autre membre de la famille n'a été hospitalisé en milieu psychiatrique.

2°) En 1967, alors qu'elle est pensionnaire en classe de seconde, elle a le sentiment d'être moins aimée de ses parents, qu'un de ses frères qui vit en permanence dans le milieu familial bien qu'il poursuive des études. Elle demande alors à ne plus être interne, ce qui est mal compris étant donné qu'elle avait antérieurement exprimé le désir inverse.

De plus elle se trouve "grosse", elle pèse 67 kgs, et décide de suivre un régime. Auparavant, elle ne s'était jamais inquiète de son poids "un peu trop haut".

Le refus de s'alimenter débute en septembre 1967 ; c'est "un acte volontaire ; une sorte de chantage pour ne pas aller en pension" dira-t-elle. Celui-ci est entrecoupé d'épisodes de boulimie paradoxale, sans alimentation en cachette. Puis elle devient dégoûtée globalement des aliments, ne se nourrissant plus que de yaourts, de pamplemousses et de crustacés.

L'amaigrissement et l'aménorrhée s'installent au même moment. Cette dernière inquiète la jeune fille et justifie plusieurs consultations chez un gynécologue. Aucun traitement hormonal n'est alors prescrit.

Elle est constipée et se traite par des laxatifs, mais ne présente pas d'autres symptomatologie digestives et en particulier pas de vomissements et pas de nausées.

Son activité est plus importante qu'auparavant, elle nettoie les pièces, cire les meubles, astique les carreaux, mais par contre ne se préoccupe pas de la préparation de la cuisine. Elle dort 6 à 7 heures. Cette hyperactivité ne concerne pas le domaine intellectuel. Elle s'accroît après les épisodes boulimiques.

Elle est triste, a de vagues idées de suicide, mais n'envisage jamais de passer à l'acte. Elle se juge inférieure aux autres, ce d'autant qu'elle redouble son année, et n'est pas sûre d'elle. Elle craint

l'avenir immédiat, mais n'est pas capable de l'envisager à longue échéance. Elle ne redoute pas la mort. Elle déclare "J'ai toujours été sûre que je m'en sortirai, je n'ai jamais eu l'impression d'être malade, même l'aménorrhée ne me donnait pas ce sentiment".

Elle tend à s'isoler de ses camarades, qui n'ont jamais été bien nombreux. Cependant, elle cherche à se distraire, sort avec ses amis, mais rapidement s'ennuie en leur compagnie. De même son médecin ayant conseillé un éloignement du milieu familial, elle part en août 1968 trois semaines avec des camarades. Au bout d'une semaine elle désire rentrer et supporte mal la fin du séjour où elle perd un kilo. Elle n'a aucune aventure amoureuse à cette époque.

La mère inquiète fait fréquemment venir le médecin, d'autant que la jeune fille souffre d'une "scoliose", ce qui la satisfait : "j'aurais tout accepté à partir du moment où on s'occupait de moi".

Son comportement s'altère, elle est agressive, répond violemment à ses parents, ne supporte pas une remarque, pleure et crie lorsqu'on s'oppose à elle, à l'école elle quitte les cours quand cela lui plaît sans que les professeurs osent intervenir. "J'étais une enfant insupportable, ma maladie me servait bien, j'en ai beaucoup profité".

Au début, elle se reproche sa conduite, puis elle finit par se convaincre qu'elle est réellement malade.

- 3°) Elle est hospitalisée en septembre 1968, quelques jours après sa rentrée scolaire en classe de première C. Elle pèse alors 43,5 kgs et mesure 1,60m

Isolée, elle grossit de 8,5 kgs en 14 jours.

Le contact est bon et chaleureux, mais elle verbalise peu de chose. Elle dissimule les aliments, ne vomit pas, mais a quelques pesanteurs épigastriques. Elle dort beaucoup. Elle est traitée par 10 mg de Diazepam chaque jour.

Elle sort au bout de 23 jours. Son poids est de 53,2 kgs.

Bien qu'ayant l'impression d'être considérée comme une "folle" et qu'ayant quelques doutes sur l'intégrité de ses fonctions psychiques, elle a cependant le sentiment qu'elle est "guérie" et qu'elle a "complètement changé" tant du point de vue physique que psychique.

- 4°) Chez elle, son poids continue à progressivement augmenter.

Ses règles réapparaissent 6 mois après sa sortie, sans l'aide d'un traitement hormonal.

Elle termine son trimestre classée dans les premières, puis continue sa scolarité en "dent de scie". Elle n'obtient pas son bac en 1970, mais, comme elle l'a toujours désiré, entre dans une école d'infirmières éloignée du domicile familial. Elle pèse alors 63 kgs. C'est une élève moyenne et elle obtient son diplôme d'état en septembre 1972.

Durant cette période elle se montre active et fait partie de plusieurs organismes de jeunesse.

5°) Elle est revue en juillet 1975 grâce aux renseignements que son médecin nous a fournis. Elle déclare qu'elle avait l'intention de remplir le questionnaire, mais qu'elle ne pensait pas venir quand elle a pris connaissance de la lettre. Nous l'avons, en effet, personnellement contactée car nous ne recevions rien de sa part.

Elle n'a pas été réhospitalisée et ne prend aucun traitement.

Elle pèse 56 kgs, son poids est stable depuis 4 ans et se situe entre 54 et 58 kgs.

Ses règles sont spontanées, régulières, légèrement douloureuses, d'abondance normale.

Son appétit lui paraît satisfaisant, mais a tendance à augmenter durant la phase progestative de son cycle. Elle juge son "poids un peu trop haut" et nous dit qu'"elle a toujours été un peu grosse" et qu'elle craint de "grossir encore plus".

Les tâches ménagères ne lui coûtent pas. Infirmière, son travail est régulier, mais elle se trouve "parfois" fatiguée. Elle est bien intégrée à son milieu professionnel, qualifie de "banales" ses relations avec ses collègues, mais supporte mal les remarques de celles-ci. "Ca me touche, je garde cela pour moi. Les autres ne s'en aperçoivent pas".

Célibataire, elle vit à nouveau chez ses parents. Bien que son comportement vis-à-vis de ces derniers se soit normalisé, elle préférerait avoir une vie indépendante. Elle a eu depuis sa maladie 5 à 6 aventures amoureuses "qui n'ont jamais été sérieuses" d'une durée d'une semaine à trois mois. Par deux fois elle a pris l'initiative de rompre. Elle dit, ne plus être vierge et ne pas être frigide. Elle n'envisage pas de se marier dans les prochaines années, mais ne désire pas non plus rester célibataire. Elle aimerait avoir des enfants.

Elle se "sent comme tout le monde" et "habituellement bien", mais "parfois" anxieuse, cependant moins que la plupart des personnes qu'elle cotoie.

Elle manque "souvent" de confiance en elle, mais n'a "jamais" une tendance excessive à l'ordre. Cependant elle est obligée de vérifier ses activités, car elle craint toujours de les avoir mal faites. Sa vie hospitalière l'accapare beaucoup malgré son désir de ne pas trop y penser. Elle en rêve fréquemment. Cependant elle se dit "bien obligée d'en laisser tomber".

Elle a "parfois" le sentiment d'être seule, timide et d'avoir peu d'amis. Elle se lie difficilement avec autrui, mais reste attachée lorsqu'elle a donné sa confiance.

Enfin, elle est "rarement" déprimée et irritable et n'a "jamais" de difficultés pour dormir.

De l'isolement, elle nous dit : "c'est dur, mais personnellement cela m'a bien réussi, à la maison on s'occupait trop de moi, cela aurait pu traîner et durer plus longtemps, ça a représenté une cassure dans mon adolescence... Je ne sais pas si c'était nécessaire, mais ça ne m'a pas fait de mal..."

Observation n° 6

Mademoiselle LAR..., 17 ans, est hospitalisée en juin 1969.

- 1°) Elle naît en 1952 et est allaitée artificiellement. Son développement psychomoteur est normal, son comportement alimentaire satisfaisant.

Enurétique jusqu'à 6 ans, elle a toujours été peu "dégourdie". A 10 ans, elle présente un épisode non étiqueté de douleurs abdominales.

Sa scolarité est médiocre. Devant redoubler sa quatrième et bien qu'elle aurait aimé poursuivre ses études, elle entre dans une petite entreprise comme employée de maison. Elle y travaille toujours comme vendeuse.

Elle est réglée à 14 ans et demi, avertie de cette éventualité par ses sœurs. Les autres informations sexuelles ont été recueillies sur son lieu de travail. Ses cycles sont réguliers, indolores et d'abondance normale.

A 16 ans, elle pèse 47 kgs.

Les parents sont décrits comme alcooliques. Le père est ouvrier, la mère, femme de ménage. Leur union est tumultueuse.

La malade est la troisième d'une fratrie de quatre filles. La première de 4 ans plus âgée qu'elle, a quitté à 17 ans le milieu familial et mène une existence instable. La seconde de 2 ans plus âgée s'est mariée à 21 ans et est très liée à la jeune fille. La dernière plus jeune d'un an et demi est célibataire.

Aucune des trois sœurs n'ont présenté de troubles du comportement alimentaire.

Un oncle maternel est interné en milieu psychiatrique.

- 2°) La maladie débute à 16 ans en août 1968, par une courte lutte contre la faim. Un dégoût global des aliments y fait suite, non accompagné d'épisodes de boulimie paradoxale.

L'amaigrissement est rapide. L'aménorrhée s'installe en octobre 1968.

En dehors de la constipation, il n'existe pas de signes fonctionnels digestifs.

La malade est remarquablement active et évoquera avec regret cette période où elle "se portait beaucoup mieux que maintenant".

Elle explique l'apparition de ses troubles par le fait qu'elle "manque d'affection" et qu'elle s'est rendue compte que sa mère boit.

3°) Elle est hospitalisée en juin 1969. Elle pèse 39 kgs et mesure 1,68 m.

Isolée, elle grossit de 4 kgs en une semaine.

Aucune personnalité pathologique, ni aucun facteur déclenchant n'ont pu être mis en évidence lors de son séjour.

Elle sort au bout de 23 jours. Son poids est de 50 kgs.

Elle est admise à nouveau 15 jours plus tard pour une tentative de suicide médicamenteuse bénigne qu'elle explique par la "peur de se réadapter". Elle pèse 44,5 kgs.

Isolée 27 jours, elle sort à 57 kgs.

Le comportement est modifié, elle verbalise l'alcoolisme de ses parents et sa crainte de retourner dans le milieu familial.

4°) Par la suite, le poids reste stable et les règles réapparaissent spontanément en 1972.

5°) Mademoiselle LAR... est revue en juillet 1975.

Elle a changé de médecin. Son successeur a répondu à notre enquête.

Elle pèse 56 kgs, son poids a un peu baissé dernièrement car elle suit depuis un mois un régime pour "le foie et l'estomac". Elle est gourmande et mange trop de sucrerie entre les repas, "on m'a tellement dit que je retrouverai mon équilibre en mangeant". Son appétit lui paraît "normal" et parfois "excessif". Elle est indifférente à ses règles et ses cycles sont réguliers et indolores. Elle est constipée mais ne se traite pas. Son poids lui paraît "juste bien".

Elle est vendeuse et il n'existe pas d'interruption dans son travail dont elle n'est pas satisfaite. Elle regrette de ne plus avoir le temps de cuisiner.

Célibataire, elle vit chez ses parents. Elle a eu une aventure amoureuse de deux mois il y a trois ans. Elle a rompu quand son partenaire a voulu "aller trop loin". Elle désire se marier, mais "c'est difficile de trouver un garçon". Elle est "gênée par son point sur le nez" : un nasus de quelques millimètres de diamètre, nullement disgracieux.

Elle se considère comme une "personne nerveuse" et a consulté un psychiatre il y a 6 mois. Elle se sent "souvent" fatiguée, anxieuse, déprimée, seule et irritable, "toujours" manquant de confiance en elle et n'a "jamais" de tendance excessive à l'ordre. Elle aimerait sortir, mais se trouve mal à l'aise en compagnie.

L'examen clinique met en évidence :

1. Un contact facile mais assez pauvre avec des difficultés à verbaliser les affects.
2. Une immaturité affective :
 - a) avec une dépendance ambivalence vis-à-vis de sa mère : "Je pense comme une gamine de 16 ans, une jeune fille de 23 ans ne tient pas autant à sa mère..., elle m'aime beaucoup moins que mes sœurs
 - b) avec une recherche d'amitiés exclusives, "c'est très rare les bonnes amies, j'ai été déçue, je suis trop possessive".
 - c) elle se situe en position de rivalité par rapport à sa collègue de travail : "Je suis avec une collègue plus âgée que moi, elle me prend tout le poids, je ne dois rien dire. Mon patron ne m'apprécie pas. Je ne supporte pas les remarques, je prends tout au sérieux".
3. Une conduite d'évitement : Elle n'apprécie pas les transports en commun car "les gens ne sont pas souriants", a peur d'être malade, aimerait partir et voyager.
4. Quelques thèmes dépressifs, sans idée suicidaire, ni sentiment de culpabilité.
5. Une symptomatologie fonctionnelle d'apparition récente à type d'épigastralgies et de malaises mal étiquetés sensibles à la suggestion.
6. Une activité limitée à sa vie professionnelle et une recherche excessive de sommeil qui est "indispensable à son équilibre".

À propos de l'isolement, elle déclare : "Ca m'a marqué, ce n'est pas le meilleur moyen... je me portais mieux avec mes 39 kgs...".

Observation n° 7

Mademoiselle MOR..., 17 ans, est hospitalisée en octobre 1969.

- 1°) Elle naît à terme le 25 mai 1952 à l'issue d'une grossesse et d'un accouchement sans incident. Le comportement alimentaire néo-natal et le développement psychomoteur sont normaux.

Sa scolarité est brillante : toujours placée dans les premières elle obtient son baccalauréat à 17 ans avec une mention assez bien.

Elle est onychophage et suce son pouce jusqu'à l'âge de 13 ans. Elle^{est}/depuis toujours peu communicative.

Elle est réglée à 13 ans et ses cycles sont réguliers, indolores, d'abondance normale. Non avertie de cet événement, elle n'en garde pas un souvenir désagréable. Elle ne s'est jamais intéressée à la sexualité.

Durant la "conduite" de jeunes britanniques au cours d'un séjour en Angleterre à l'âge de 16 ans lui est pénible. À son retour, elle est maussade, reste enfermée dans sa chambre ce qui inquiète ses parents qui provoquent une consultation médicale.

Elle pèse alors 45 kgs.

La mère donne naissance à sa fille à l'âge de 25 ans. Elle est décrite comme étant gaie, sociable, mais parfois anxieuse, supportant mal que ses enfants puissent montrer des signes d'affection à d'autres personnes qu'à elle. C'est "une femme d'intérieur".

Le père, de deux ans plus âgé, est sous-directeur régional d'un organisme de crédit. Il est calme, assez distant et aime peu parler.

La fratrie est formée d'une autre fille, aînée de quatre ans. L'atmosphère familiale est bonne.

La grand-mère maternelle a été soignée à domicile par "une cure de sommeil".

2°) L'anorexie débute en janvier 1969. Elle est globale épargnant les substances acides tels que les citrons, les écorces d'orange et le vinaigre. Des périodes de boulimie paradoxales avec alimentation en cachette culpabilisent beaucoup la jeune fille : "Je trouve ça bestial". Le menu est ritualisé, immuable.

L'amaigrissement est recherché : "Plus je maigrissais, plus je me sentais bien et plus je travaillais".

L'aménorrhée s'installe dans l'indifférence à la même date.

La peur d'être grosse est le seul facteur déclenchant invoqué.

Toute l'activité de la malade est intellectuelle, uniquement dirigée sur la préparation du baccalauréat. Il n'existe pas d'intérêt pour la préparation de la cuisine, ni pour les tâches ménagères.

En septembre l'amaigrissement s'aggrave au cours d'un camp de jeunes. La jeune fille se sent seule et a peu de contact avec ses camarades. Elle reste dans sa famille très repliée sur elle-même, parlant peu ou pas à ses parents, triste mais sans idée de suicide : "Je m'étais imposée une sorte de règle : quand ça n'allait pas, de ne pas en parler et de surmonter ça comme ça".

L'atmosphère familiale devient tendue. La mère essaie de "laisser faire" mais dissimule mal son inquiétude.

Après une semaine de mathématiques supérieures, Mademoiselle MOR... supporte mal l'esprit de castes de sa promotion et les heurts se multiplient à la maison.

3°) Elle est alors hospitalisée en octobre 1969. Elle pèse 35 kgs et mesure 1,55 m.

La mise à l'isolement s'accompagne de crises d'agitation psycho-

motrice avec du théâtralisme et des réactions d'hostilité à l'égard du personnel soignant. Ces incidents se prolongèrent pendant la majeure partie du séjour hospitalier.

La jeune fille grossit cependant de 5 kgs en 10 jours, et à 42 kgs, bien que les visites soient autorisées, elle refuse de voir ses parents.

Elle sort au bout de 28 jours, son poids est de 45,5 kgs.

- 4°) Son retour dans le milieu familial est marqué par des troubles du caractère et une agressivité vis-à-vis de ses parents.

Elle ne peut pas poursuivre ses études et effectue un séjour d'un mois et demi dans une maison de post-cure du midi de la France.

En mai 1970, le contact est meilleur, elle pèse 42 kgs et se dit réglée. Durant l'année scolaire 1970 - 1971 elle suit avec succès les cours de la faculté de Mathématiques, mais perd du poids.

Elle est réhospitalisée en avril 1971. Son poids est de 29 kgs.

Isolée, elle grossit de 7,5 kgs en 14 jours.

Au cours de ce séjour, l'examen met en évidence :

1. une "angoisse flottante"
2. un "sentiment de culpabilité sans objet précis", l'absence d'idée suicidaire, un mode de vécu de l'isolement à type "d'humiliation", une incapacité à faire des projets d'avenir,
3. "une envie de maigrir qui semble nécessaire à la malade pour un bon rendement intellectuel. La nourriture semble un bien méprisable et l'acte de manger un abaissement. La malade ne trouve de satisfaction que dans les efforts intellectuels et s'y réfugie, se cloitrant dans sa chambre et refusant toute compagnie et toute distraction."
4. un refus ostentatoire de se préoccuper d'une blessure qu'elle présente à un pied et une acceptation anxieuse des visites lorsque celles-ci ont été autorisées.

L'examen psychologique, refusé lors de la première hospitalisation est accepté et met en évidence :

1. Au Wechsler - Bell vue : un quotient intellectuel homogène à 127, bien qu'il existe des troubles de l'attention à l'épreuve de répétition des chiffres en particulier

2. Au test de Rorschach : "une personnalité très vulnérable, très angoissée. La pensée est soit figée de façon assez obsessionnelle sur une idée ou un thème qui la bloque, soit proche de mécanismes délirants".

3. Au T.A.T. "Sa perception des images n'est pas altérée, mais elle donne des thèmes dépressifs... Les relations inter-individuelles sont difficiles et restreintes".

4. Le M.N.P.I. n'est pas interprétable
(F - K = 16, échelle de mensonge = 10)

Elle sort au bout de 42 jours, son poids est de 47,5 kgs.

Elle est prise en charge par un psychothérapeute qu'elle consulte une fois par semaine pendant un an. A l'instigation de celui-ci elle loge dans une chambre, en dehors du foyer familial, réussit son examen en septembre, poursuit avec succès sa deuxième année de mathématiques.

Son poids se stabilise aux alentours de 40 kgs, mais elle reste isolée, sans contact, à part celui de ses parents qui habitent la même ville.

En juillet 1972, elle effectue un stage de voile qui est un souvenir agréable : "on ne m'aimait pas beaucoup, mais les gens étaient sympathiques", c'est au cours de ce séjour que les règles réapparaissent spontanément.

Ensuite, elle suit l'enseignement d'une école grenobloise d'ingénieur informaticien, mais ses difficultés relationnelles s'intensifient à nouveau, elle échoue à son examen, reprend contact avec un psychothérapeute de la région, est admise à redoubler pour raison médicale, mais échoue à nouveau dans sa scolarité et dans sa tentative thérapeutique où elle verbalise de moins en moins.

Un séjour dans une maison de post-cure est décidé et dure quelques mois. Rentrée dans son milieu familial, elle est reprise en charge par son premier psychothérapeute, puis est hospitalisée en milieu ouvert dans une clinique de la région parisienne, où elle séjourne depuis près d'un an, tout en suivant une nouvelle année à la faculté de mathématiques. Aucune valeur n'a été obtenue à l'issue.

5°) Elle est revue en juillet 1975.

Son médecin n'a pas répondu à l'enquête.

Elle pèse 45 kgs, mais son poids fluctue jusqu'à 51 kgs à l'occasion d'épisodes boulimiques. Elle déclare le jour de l'entrevue "Aujourd'hui j'ai mangé plus que d'habitude, j'ai dit à ma mère que je resterais toujours une gamine, parce que je n'arrive pas à me dominer". Les habitudes alimentaires étranges ont disparu, elle suit le régime hospitalier de malade prenant des neuroleptiques, se pèse chaque semaine et n'est pas constipée. Son poids lui paraît "juste bien".

Elle est réglée tous les 21 jours. Ses cycles sont indolores et d'abondance normale. Elle y est indifférente.

Toujours célibataire, elle n'a jamais eu de relation amoureuse ce qui ne la préoccupe pas, bien que désirant "se marier et avoir des enfants". Elle ne pense pas que cela puisse lui arriver.

Elle se dit "nerveuse ayant besoin de consulter", n'est "jamais" excessivement ordonnée, est "rarement" irritable, "parfois" seule et timide, "souvent" fatiguée, anxieuse et déprimée, a "toujours" des difficultés pour dormir.

L'examen clinique met en évidence :

1. Un syndrome d'imprégnation neuroleptique. Elle reçoit journellement 300 mg de Trifluopérazine et 12,5 mg de Levopromazine.
2. Une inhibition psychique avec une verbalisation, lente, difficile, induite par les questions.
3. Un contact pauvre, mais non refusé, sans agressivité apparente.
4. Un avenir qui est soit refusé, soit angoissant. Il n'y a pas d'idée de suicide. Le discours est centré sur les échecs scolaires.
5. Des difficultés relationnelles qui sont scotomisées. Son univers affectif est limité à son milieu familial et à son lieu de soin.
6. Une passivité vis-à-vis des mesures thérapeutiques qui lui sont proposées, que celles-ci soient psychothérapeutiques ou chimiothérapeutiques.

Au total, à l'issue de l'examen, on est amené à craindre une évolution vers une schizophrénie simple.

A propos de l'isolement, elle déclare que celui-ci ne lui était pas "nécessaire."

Observation n° 8

Mademoiselle BOU..., 16 ans et demi, est hospitalisée en décembre 1969.

- 1°) Elle naît prématurée en 1953 au 8ème mois d'une grossesse normale, un an après sa soeur aînée. L'accouchement est sans incident. Le nourrisson présente rapidement des difficultés pour boire, avec de fréquents vomissements. Elle marche et parle de "bonne heure".

Son enfance est marquée par des crises de colère et par une tendance excessive à l'ordre et à la propreté qui contraste par rapport au reste de la famille.

Sa scolarité est moyenne et se déroule sans redoublement. Elle est pensionnaire, à partir de la sixième.

Elle est réglée à l'âge de 12 ans. Ses cycles sont réguliers, survenant tous les 28 jours, indolores et d'abondance normale. Elle a été avertie de cette éventualité par des "livres" confiés par le père, la mère évitant, elle, le sujet.

Cette dernière travaille comme secrétaire. Elle donne naissance

à sa seconde fille à l'âge de 20 ans. A 31 ans, elle séjourne trois mois dans une maison de repos pour une "dépression". Elle est anxieuse, se relevant la nuit pour s'assurer que sa fille respire, permissive, la laissant manger seule quand elle le désire, distante, refusant l'abord de "certains problèmes" et absente, prise par son métier.

Le père, magasinier, de 7 ans plus âgé que sa femme, est scolarisé dans le discours de la malade. Elle le décrit comme plus chaleureux, moins sérieux, moins actif que sa femme. Par contre son médecin le trouve "excessivement autoritaire".

Elle présente un asthme nécessitant des cures climatiques annuelles.

Mademoiselle BOU... est la seconde d'une fratrie formée de quatre sœurs et d'un frère de 8 ans plus jeune que l'aînée.

Aucun des autres membres de la famille n'a souffert de troubles nutritionnels, ni de troubles mentaux.

2°) A l'âge de 15 ans, la jeune fille a le "vague" sentiment d'être trop grosse, elle pèse alors 56 kgs, et un an plus tard, elle entreprend un régime où elle supprime les féculents. Les sensations de faim disparaissent rapidement, faisant place en mai-juin 1969 à une perte de l'envie de manger, puis à un dégoût de la nourriture, en croissant surtout les pommes de terre et les pâtes, mais n'englobant pas les confiseries. Elle use de nombreux subterfuges pour diminuer son alimentation, demande de manger seule, dissimule ses aliments dans ses vêtements et abuse quelque temps ses parents.

Les relations familiales deviennent tendues, le discours est centré sur la conduite alimentaire de la malade : "on ne parlait plus que de ça" dira-t-elle en ajoutant "j'appréhendais les repas, c'était toujours la même comédie..."

L'amaigrissement débute en juillet 1969 et atteint 10 kgs en 6 mois. Elle dit : "plus je maigrissais, plus je me trouvais grosse", "j'évitais de penser à mon corps", mais elle se sentait fréquemment obligée de se regarder dans le miroir "surtout à cause des cheveux qui tombaient".

Puis, plus tard, elle déclare : "J'avais compris que j'étais dans un état grave, mais je ne pouvais rien faire pour m'en sortir, la mort ne me faisait pas peur".

L'aménorrhée s'installe en novembre 1969, ce qui la laisse indifférente.

A part une constipation opiniâtre sans prise de laxatif, on ne note pas d'autres signes digestifs fonctionnels.

Mademoiselle BOU... est hyperactive, effectue de longues marches, cuisine pour ses proches de nombreux plats et particulièrement des pâtisseries qu'elle ne mange pas, a une sensation de facilité et de rendement dans le travail scolaire. Elle se lève à 5 heures. Ses tendances à l'ordre et à la propreté s'exagèrent. Elle se fixe un emploi du temps immuable et contraignant, devient économe à l'extrême, surtout lors des achats.

Le milieu familial supporte mal cette attitude. Petit à petit elle devient irritable, exprime son mécontentement par des colères, des larmes et des pleurs et se montre intolérante à la "turbulence" de son jeune frère.

Plus tard elle devient asthénique, se couche tôt.

Des sentiments d'infériorité, d'incompréhension de la part de l'entourage, d'une certaine culpabilité vis-à-vis de sa conduite alimentaire s'associent à une quête affective et à un besoin de réassurance qu'elle qualifie de "puéril".

3°) Mademoiselle BOU... est hospitalisée fin décembre 1969. Elle pèse 46 kg et mesure 1,65 m.

Isolée, elle grossit en une semaine de 5 kgs.

Elle est "souriante et coopérante", mais à la fin du séjour se trouve "un peu grosse".

Elle sort au bout de 28 jours ayant regagné son poids antérieur maximum.

Ses règles surviennent quelques jours plus tard.

4°) Mais elle se sent rapidement mise à l'écart par ses proches et elle est réhospitalisée en juillet 1970, aménorrhéique et ne pesant plus que 39 kg.

Elle sort au bout de 28 jours sur l'initiative de ses parents. Son poids est de 43 kgs.

Rapidement elle rechute, et au mois d'octobre elle pèse à nouveau 39 kgs.

Son médecin la fait envoyer à Paris chez une parente, ce qu'elle accepte car l'idée de retourner à l'hôpital "lui fait très peur". Son poids reste identique. Elle se sent seule et triste.

Rentrée au bout de trois mois chez ses parents, elle obtient à 18 ans son baccalauréat avec une mention assez bien, puis suit une année d'hypokhague à l'issue de laquelle elle est autorisée à passer dans l'année supérieure. Elle refuse car elle "n'aime pas l'ambiance compétitive des concours".

Elle s'inscrit à la faculté d'espagnol et prend une chambre dans le campus universitaire. Elle se trouve mieux, lie des amitiés. Son appétit réapparaît progressivement tandis qu'elle grossit irrégulièrement et qu'elle a peur de ne pas pouvoir s'arrêter. En octobre 1972, son poids atteint 54 kg. Elle pèse 55 kgs et se stabilise.

C'est vers cette époque qu'elle a trois aventures amoureuses, quelques mois chacune ; elle prend toujours l'initiative de rompre lorsque son partenaire veut "aller trop loin" ou "veut se marier".

Ses règles réapparaissent en février 1973 spontanément, alors que depuis peu, leur absence entraînait une certaine inquiétude. D'abord

irrégulières et espacées, elle se normalisent tous les 32 jours au début de 1974.

Entre temps elle fait la connaissance d'un jeune homme, non bachelier, ayant effectué deux années de lycée technique après son B.E.P.C. chef de département avec lequel elle se marie neuf mois plus tard en juin 1974. Elle se dit satisfaite de leur union bien qu'au début "cela était un peu difficile", désire des enfants, mais pas dans l'immédiat. Elle n'utilise pas de moyen contraceptif mais elle "fait attention".

Elle vient de passer des concours administratifs avec succès et est actuellement adjoint des cadres hospitaliers. Elle se dit bien intégrée dans son milieu de travail, être "bien aimée" de ses collègues, satisfaite des responsabilités de plus en plus grandes qui lui sont confiées.

5°) Elle est revue en juillet 1975.

Son médecin et le psychothérapeute qui nous l'ont adressée répondent qu'il ne la suivent plus.

Elle pèse 54,5 kgs et son poids est stable depuis un an.

Ses cycles bien que réguliers, sont douloureux et peu abondants, ce qui a motivé dernièrement une consultation en gynécologie.

Son appétit lui paraît "normal" et stable, son poids "juste bien". Il n'existe plus de dégoût pour les aliments. Elle est constipée et prend une fois par semaine un laxatif.

Son activité professionnelle est régulière et les tâches ménagères ne lui coûtent pas.

Mariée, elle n'a pas d'enfant.

Elle se sent "habituellement bien", mais "parfois" anxieuse, fatiguée, déprimée et irritable, n'est "jamais" insomniaque, est "rarement" seule et timide, manque "souvent" de confiance en elle et est "toujours" excessivement ordonnée.

L'entretien met en évidence :

1. Un bon contact et un désir de coopération, mais une difficulté à verbaliser les affects.
2. Une culpabilité persistante vis-à-vis de son comportement agressif durant l'épisode anorectique, surtout par rapport à son frère qu'elle a "traumatisé".
3. Une tendance à un comportement obsessionnel dans son activité ménagère et professionnelle, mais celui-ci est moins contraignant que lors de l'épisode aigu de la maladie.
4. Une difficulté à lier des contacts humains avec un goût pour la solitude où elle "ne s'ennuie plus".

Quant à l'isolement il ne lui "a rien apporté" et elle conclut l'entrevue par cette phrase : "Je ne sais pas comment cela est venu, ni comment c'est parti".

Observation n° 9

Mademoiselle GOU..., 17 ans, est hospitalisée en décembre 1971.

1°) Elle naît le 8 janvier 1954. Son anamnèse est mal connue.

La scolarité s'effectue sans redoublement.

Elle est réglée à 12 ans. Ses cycles sont réguliers et d'abondance normale.

A cette époque, elle est un "peu grosse" et ses frères se moquent d'elle. A 16 ans, elle pèse 48 kgs. Fin 1970, alors qu'elle habite chez ses parents, elle a une aventure amoureuse. Elle prend des oestro-progestatifs en janvier et en février 1971. Son partenaire est chef d'un groupe d'une dizaine de jeunes et aurait été condamné pour trafic de drogue. Le juge des enfants, à l'insu de la jeune fille, en avertit les parents qui s'opposent à cette liaison.

En février 1971, la jeune fille va habiter dans une autre ville qu'eux, chez son frère aîné, professeur du lycée où elle poursuit sa classe de première. En fait, rapidement elle loue une chambre qu'elle partage avec une amie que le médecin traitant dit "avoir les mêmes problèmes qu'elle".

La mère est décrite par ce dernier comme inquiète, "pleine de bon sens" et soucieuse de ne pas s'imposer à sa fille.

Le père parkinsonnien est en invalidité depuis 5 ans lors du début de l'épisode anorectique. Il est décrit comme très anxieux et hyperprotecteur.

La malade est la dernière d'une fratrie formée de ^{autres} quatre frères. L'aîné prend en charge la jeune fille à l'issue de son aventure amoureuse. Les 3 autres sont respectivement : ouvrier, "objecteur de conscience" et ingénieur.

2°) La maladie débute en février 1971, à 17 ans, par l'amaigrissement. Celui-ci est méconnu de la malade hormis les rares fois où elle se regarde dans un miroir, il s'aggrave en novembre lors d'un épisode bronchitique.

Les règles ne sont pas réapparues depuis l'arrêt des oestro-progestatifs, cependant en août 1971, après un traitement par l'ergotamine, on note une hémorragie.

Il n'existe pas au début d'anorexie vraie, ni de dégoût des aliments mais un refus de manger, camouflé par la malade qui jusqu'à son hospitalisation abuse ses parents. Constipée, elle se traite chaque jour par un sirop contenant de l'huile de paraffine, de la phénolphtaléine et de l'Agar-agar.

Elle a le sentiment d'être incomprise de ses parents. Elle est agressive contre son père dont elle supporte mal l'infirmité. Cette période lui laissera un souvenir de "vide" et de "brouillard".

Sa scolarité reste brillante, mais elle est asthénique dans les jours qui précèdent son hospitalisation.

3°) Elle est admise en décembre 1971 dans le service de gastro-entérologie. Elle pèse 36 kgs et mesure 1,61 m.

Le bilan urinaire endocrinien donne les résultats suivants : Créatinine : 0,85 g/24 h., 17 cétostéroïdes : 9,6 mg/24 h, 17 hydroxycorticostéroïdes : 3,1 mg/24h, et F.S.H., supérieure à 52 unités souris/24 h. et inférieure à 104 unités souris/24 h. Cinq jours plus tard elle est mutée dans le service de psychiatrie.

Isolée, elle grossit de 7,5 kgs en une semaine.

Elle éprouve alors la sensation de "perdre les limites de son corps" et supporte mal "une transformation aussi rapide de son image".

Alors que les visites sont autorisées depuis quelques jours, elle présente des vomissements, des selles liquides et une courbe thermique désarticulée. L'engraissement durant cette période d'une dizaine de jours n'est que de 1 kg.

L'examen psychologique pratiqué en fin d'hospitalisation met en évidence :

- un bon contact, une verbalisation aisée et une bonne adaptation aux épreuves.

- au test de Rorschach : les interprétations sont nombreuses et spontanées. Elles montrent "une personnalité névrotique d'allure hystérique avec une forte impulsivité, une affectivité vive mais très peu socialisée... Elle éprouve un malaise devant toutes les stimulations affectives un peu fortes et réagit de façon à la fois impulsive et dépressive. Les relations inter-individuelles ... sont superficielles ou même elle évite les contacts".

- Au T.A.T. "elle éloigne un peu les conflits représentés sur les images en les intellectualisant ... Il n'y a pas de caractéristique pathologique majeure dans le protocole mais des éléments névrotiques ravivés par la période d'adolescence"

Elle sort au bout d'un séjour de 32 jours, pesant 50 kgs.

4°) Son poids redescend progressivement et atteint au bout d'un an 39 kgs.

Elle obtient à 18 ans son baccalauréat et s'inscrit en première année de psychologie.

A l'issue de celle-ci, elle quitte le milieu familial et entreprend une psychothérapie, qu'elle poursuit actuellement, à raison d'une

séance par semaine "en face à face". Elle grossit alors lentement et régulièrement et son poids atteint 45 kgs à Noël 1974, il est stable depuis lors.

Il y a un an, elle a une aventure amoureuse avec un jeune homme dont elle vient de se séparer de sa propre initiative. Pendant quelques mois ils ont mené une vie commune, mais les rapports sexuels étaient peu satisfaisants et non désirés.

Durant un semestre, elle prend des oestro-progestatifs et a des hémorragies de privation, mais ce traitement est mal accepté. Depuis son interruption les règles ne sont pas réapparues spontanément.

5° Mademoiselle GOU... est revue en juillet 1975.

Son médecin répond que l'enquête est pour lui l'occasion de suivre à nouveau la malade.

Elle pèse 47 kgs et son poids est stable.

Elle est aménorrhéique et frigide et doit consulter prochainement un gynécologue.

Son appétit lui paraît "normal" et son poids "juste bien". Cependant, elle éprouve parfois une certaine "lourdeur" lors de la digestion et elle manque d'appétit quand elle a "trop mangé" au repas précédent. Elle évite les pommes de terre frites et les pâtes alimentaires, mais ne suit pas de régime. Elle n'est plus constipée et ne vomit pas. Elle se pèse rarement.

Elle ne se juge pas "nerveuse", mais "normalement heureuse". Elle se dit "jamais" fatiguée et excessivement ordonnée, "rarement" insomniaque, irritable et seule, "parfois" déprimée et manquant de confiance en elle et "souvent" anxieuse. Elle "sort" et se distrait fréquemment.

L'entretien met en évidence :

1. Un contact facile, mais qui reste superficiel et une verbalisation aisée.
2. Une absence de relation affective satisfaisante, bien que les rapports familiaux se soient normalisés.
3. Une dépendance et une identification à son psychothérapeute, avec un discours centré sur "ses problèmes sexuels"
4. Un flou du vécu de l'épisode anorectique confinant à l'amnésie.
5. Des projets d'avenir désincarnés et idéalisés particulièrement en ce qui concerne sa vie affective.
6. Une activité universitaire satisfaisante : elle vient d'abandonner sa deuxième année de licence de psychologie et est reçue à l'examen de première année d'orthophonie.

A propos de l'isolement, elle déclare : "Si je m'en sors, c'est parce que je fais autre chose".

Observation n° 10

Mademoiselle BOU..., 20 ans, est hospitalisée en juillet 1973.

- 1°) Elle naît à terme le 3 janvier 1954. Anorectique dès le début de son existence, elle est allaitée artificiellement. Son développement psychomoteur est satisfaisant.

Son enfance est marquée par des cauchemars fréquents et la crainte immotivée d'être abandonnée par ses parents. Son appétit est normal.

Sa scolarité est brillante : elle obtient son baccalauréat à l'âge de 16 ans, puis fréquente les cours d'hypokhâgne pendant un an.

Elle est réglée vers 14 ans ; ses cycles sont réguliers, indolores, et d'abondance normale. Bien qu'avertie de cette éventualité, l'événement est mal vécu et sa mère essaie de le "dédramatiser". Elle juge qu'elle n'a pas reçu une information sexuelle suffisante car elle "n'osait pas" poser de questions.

A la puberté, elle souffre d'épigastalgies que son père calme en lui palpant l'abdomen. A l'âge de 16 ans, elle pèse 48 kgs.

Sa mère, médecin, n'exerce pas son métier, mais reste au foyer pour "élever ses enfants". En fait, elle est très prise par la clientèle de son mari.

Ne souffrant d'aucun trouble des conduites alimentaires elle est décrite par sa fille comme "très équilibrée" et comme ayant un certain "don pour remonter le moral :"

Son père, médecin, est renfermé et distant. Le couple est uni mais exprime difficilement son affectivité.

Aucun membre de la famille n'a été hospitalisé en milieu psychiatrique.

La fratrie est formée de 3 enfants. Mademoiselle BOU... en est l'aînée. Son frère, de 3 ans plus jeune qu'elle est suivi régulièrement par un psychiatre pour "un état dissociatif bien stabilisé."

Sa sœur de 6 ans plus jeune restreint elle aussi son alimentation. L'aînée s'en rend responsable.

- 2°) En 1971, déjà amaigrie, elle subit une appendicectomie et l'aménorrhée s'installe à cette occasion. Cependant, la jeune fille n'a pas conscience d'avoir réduit son alimentation. Elle a, au début, souvent faim, mais est vite rassasiée par de petites quantités. Certains aliments la tentent, mais se sentant "bloquée", elle ne peut les absorber. Rapidement elle supprime les féculents.

Dans les suites opératoires elle présente des crises de spasmodic et souffre de coliques néphrétiques.

Son activité est augmentée. Elle effectue de longues marches, a toujours besoin de bouger, rangeant et nettoyant sa chambre, mais n'est pas particulièrement intéressée par la préparation culinaire.

Le travail intellectuel est intense et efficace.

Bien qu'admise dans l'année supérieure, elle abandonne l'hypokhagie car elle ne supporte pas l'ambiance de "boîte à concours".

Inscrite en faculté d'espagnol, elle en suit brillamment les cours ; elle est licenciée en juin 1974.

Elle ne présente aucune autre activité sociale. Son caractère se modifie. Elle devient irritable, ne supporte plus ses proches, d'autant que, inquiets ils centrent leur discours sur sa conduite alimentaire. Elle ne comprend pas le bien fondé de leurs réactions.

Les rêves alimentaires sont fréquents.

Quelque temps avant d'être hospitalisée, son état physique est tel qu'il entraîne une réduction de son activité avec sensation d'asthénie.

3°) Lors de l'admission en juillet 1973, elle pèse 28 kgs et mesure 1,60 m. Isolée, elle grossit de 5,5 kgs en 10 jours.

En août, l'examen psychologique montre :

- Au test Rorschach : "un nombre moyen d'interprétations assez élaborées sur le plan intellectuel, une personnalité schizoïde, rigide, ayant tendance à l'introspection, très vulnérable sur le plan émotionnel, avec des réactions phobiques et des préoccupations au niveau du schéma corporel. Il n'y a pas de signes psychotiques mais la restriction affective ..., l'évasion dans un monde un peu étrange... en font semble-t-il une personnalité border-line".

Elle sort à l'issue d'un séjour de 41 jours pesant 49,5 kgs.

4°) Son poids redescend en 3 mois à 32 - 34 kgs.

La psychothérapeute qui la suit lui conseille une nouvelle hospitalisation. Celle-ci est refusée et la relation psychothérapeutique est rompue, ce d'autant que : "Sa grande passivité, sa méfiance vis-à-vis d'une prise en charge médicale qu'elle vit comme "alliée" aux invitations à manger émanant des parents et l'absence d'expression de fantasmes n'ont jamais permis un abord psychothérapique".

Logeant à cette époque en ville, elle ne supporte pas la solitude et réintègre son milieu familial à l'issue de l'année scolaire.

5°) Elle est revue en juillet 1975.

Son médecin répond qu'il ne la suit plus.

Elle pèse 34 kgs et est toujours aménorrhéique. Son appétit lui paraît "normal", mais son poids "nettement trop bas". Elle refuse de manger du pain, des pommes de terre et des pâtes alimentaires, mais "ne suit pas de régime". Plusieurs fois par semaine, elle traite sa constipation par des suppositoires à la glycérine et se pèse tous les 8 jours.

Elle vient de passer le C.A.P.E.S. d'espagnol.

Toujours célibataire elle n'a jamais eu d'aventure amoureuse.

Elle se dit "nerveuse et ayant besoin de consulter un spécialiste". Elle n'a "jamais" d'insomnie, est "rarement" fatiguée, est "parfois" déprimée, "souvent" anxieuse, seule, manquant de confiance en elle et irritable, "toujours" excessivement ordonnée. Elle aime de moins en moins "sortir".

L'entretien met en évidence :

1. Un bon contact et une relation assez spontanée.
2. Une incapacité à vivre indépendante car elle "se trouve seule" et n'a pas de "vraies amies". Elle se sent mal à l'aise dans un groupe de plus de 2 ou 3 personnes, diminue ses promenades en ville, car elle aime de moins en moins la foule et se réfugie de plus en plus dans le travail intellectuel.
3. Une impossibilité à former des projets d'avenir. A propos de son aménorrhée elle dit "Je ne vois pas l'avenir, je vis au jour le jour. Elle travaille avec assiduité l'espagnol mais se sent aucune vocation pour le professorat, l'interprétariat et le travail de bureau. Elle aimerait se marier, mais ne désire pas d'enfant. "Je ne me sens pas assez heureuse moi-même pour les faire croître".
4. Un sentiment de culpabilité vis-à-vis de sa conduite. "Mon état perturbé toute la vie familiale... Ma sœur maigrit à cause de moi".

Quant à l'isolement que nous lui proposons à nouveau, elle le refuse en nous déclarant : "il est certainement nécessaire ... mais ce n'est pas une solution".

Observation n° 11

Madame REN..., 24 ans, est vue en consultation en juillet 1975.

- 1°) Elle naît à terme le 22 novembre 1951 à l'issue d'une grossesse et d'un accouchement sans incident. Elle est nourrie au sein. Son développement psychomoteur et son comportement alimentaire sont normaux.

A 5 ans, elle présente une "maladie de sang" qui nécessite une courte hospitalisation, à l'issue de laquelle elle serait considérée comme incurable et rendue à sa famille. Cette affection est accompagnée d'une énurésie qui se prolonge plusieurs années. Elle est longtemps onychophag.

Sa scolarité est moyenne, elle n'est pas admise en classe de sixième car le directeur de l'école la juge "trop timide" pour entrer au C.E.S. Interrompue en troisième durant plusieurs mois pour une "scoliose" elle obtient son B.E.P.C. à 17 ans. Bien que désirant arrêter ses études, elle s'inscrit, sous l'impulsion de ses parents à un cours de comptabilité et obtient, classée parmi les premières, son brevet d'études professionnelles à 20 ans. Les examens la rendent très anxieuse.

Elle est réglée à 13 ans, ses cycles sont irréguliers et ses règles peu abondantes. Ses parents l'ont avertie de cette éventualité et ne refusent pas de répondre à ses questions.

Elle pèse 54 kgs à 18 ans.

Sa mère, mariée à 21 ans, donne naissance à sa fille à 29 ans. Elle est anxieuse et a tendance à laisser peu d'initiative à ses enfants et particulièrement à la "malade". Elle présente depuis 10 ans une atteinte thyroïdienne traitée par l'iode radioactif. Elle est assez forte.

Son père, d'un an plus âgé qu'elle, souffre à 41 ans d'une "dépression" nécessitant une hospitalisation de plusieurs semaines et un traitement par des électrochocs. Il est souvent taciturne et peu communicatif.

Le couple est très uni.

La malade est la quatrième d'une fratrie formée de quatre autres filles et d'un garçon dernier né. Deux sœurs aînées sont mariées et l'une d'elle a des enfants. Aucun des 5 enfants n'a souffert de troubles de l'appétit.

Il n'existe pas d'autres antécédents psychiatriques familiaux.

- 2°) La maladie semble débiter en 1967, à l'âge de 16 ans par des douleurs épigastriques plus ou moins continues, renforcées par les repas, conduisant à une diminution de l'alimentation. Un bilan radiologique gastro-duodénal élimine une affection organique. Cette symptomatologie s'accompagne l'année suivante d'une "scoliose" qui empêche la jeune fille d'effectuer une formation de professeur d'éducation physique à laquelle elle aspire et qui l'oblige à interrompre la préparation du B.E.P.C. pendant plusieurs années.

Elle est alors excessivement propre et ordonnée et son activité agace son entourage.

A 20 ans deux événements sont à mentionner : le décès d'une grand-mère qui n'est pas ressenti de façon très pénible, à l'opposé de la maladie de Hodgkin d'une sœur actuellement stabilisée.

L'anorexie leur fait suite en octobre 1971. Elle est globale sans épisode de boulimie paradoxale. Elle s'accompagne en janvier 1972 de vomissements et d'un amaigrissement qui se constitue en 2 à 3 mois. Une aménorrhée s'y associe et inquiète la malade qui se sent "diminuée comme un enfant". Elle prend alors conscience du caractère morbide de son état, mais continue à travailler à plein temps comme comptable d'avril 1971 à septembre 1972.

Elle ne craint pas d'être grosse et ne se pèse pas fréquemment. Son activité et son besoin de rangement diminuent.

Cependant elle aime faire la cuisine, ce qui l'occupe 3 à 4 heures par jour. Elle rêve d'aliments et de "camps de concentration".

Son sentiment habituel d'infériorité s'intensifie. Elle refuse les sorties qui lui sont proposées.

Ses parents qui "l'aiment plus que les autres, ne la comprennent pas" bien qu'ils soient inquiets de son état de santé, l'atmosphère familiale reste inchangée.

3°) Elle est hospitalisée en septembre 1972 en milieu psychiatrique. Elle pèse 40 kgs et mesure 1,72 m. Les visites sont interdites, mais elle peut circuler librement dans l'enceinte de l'hôpital. Elle écrit à ses parents qui la font sortir, contre avis médical, au bout de trois semaines. Son poids est alors de 47 kgs.

4°) Deux mois plus tard, elle pèse 40 kgs. Elle reprend son travail d'abord à mi-temps, puis à plein temps jusqu'en septembre 1973.

Elle est réhospitalisée à cette date en un autre endroit. Les visites sont autorisées. Elle est traitée par des perfusions et une chimiothérapie anti-dépressive et anxiolytique. Elle sort au bout de deux mois et demi. Son poids reste inchangé à 40 kgs.

Une tentative de suicide médicamenteuse bénigne la ramène 15 jours plus tard à l'hôpital, car elle est "découragée de traîner sa maigreur, ses vomissements et sa fatigue".

Elle devient anxieuse et dort mal. Suivie en consultation tous les 10 jours, elle est réhospitalisée quatre autres fois durant 10 à 15 jours. Ne parvenant pas à reprendre son travail elle est finalement licenciée.

En avril 1974, à la suite d'une tentative d'éloignement du milieu familial auprès d'un oncle parisien où elle ne reste que 10 jours, son poids atteint 34 kgs. Hospitalisée et isolée, elle fugue au bout de 21 jours. Les visites sont alors autorisées et elle sort trois semaines plus tard, pesant 38 kgs.

Elle se marie en septembre 1974 avec un employé technique de son âge, accidentellement handicapé du membre supérieur droit depuis deux ans date à laquelle ils se connaissent. Les parents se sont opposés à cette union en raison de l'état de santé de la jeune fille. Le couple se dit heureux et satisfait de fréquents rapports sexuels. La jeune femme, depuis un an traitée par des contraceptifs oraux, présente des hémorragies de privation. Elle ne désire pas d'enfant dans l'immédiat, mais souhaite en avoir plus tard.

Sa dernière hospitalisation date de mai 1975.

5°) Elle est vue en juillet 1975 à l'occasion d'une consultation provoquée par le mari.

Le contact est assez pauvre, la verbalisation toujours provoquée, est bonne.

Depuis un mois son poids est stable à 38 kgs et elle ne vomit plus. Sa ration alimentaire est diminuée au dépend des hydrates de carbone, car elle "digère assez mal". Elle lute contre des épisodes de boulimie paradoxale apparus depuis 1973 car elle "trouve cela bestial". Elle est constipée et prend des laxatifs tous les 15 jours.

Elle juge son appétit "insuffisant" et son poids "nettement trop bas", se dit "nerveuse" et ayant besoin de consulter de temps à autre un spécialiste". Elle est traitée par 40 mg de Clorazépate, 100 mg de Maprotiline, 10 cg d'Amobarbital et 10 cg de Sécobarbital.

Elle se sent "souvent" fatiguée, anxieuse, déprimée, seule et irritable, ayant "toujours" des difficultés pour dormir et un manque de confiance en elle, n'ayant plus de tendance excessive à l'ordre comme à l'âge de 18 ans. Elle ne désire pas "sortir" car elle "n'aime pas voir les gens et préfère le calme".

Elle refuse d'envisager l'avenir et se sent peu concernée par les projets que le mari fait pour le foyer, moins attirée par la mort depuis son mariage.

Son activité limitée aux tâches ménagères et à la préparation culinaire, cette dernière l'occupant 3 à 4 heures par jour, est efficace aux dires du mari.

Elle refuse l'isolement qui lui est proposé car elle "va de mieux en mieux depuis un mois".

B - OBSERVATIONS DES MALADES QUI SE SONT BORNEES A
REPONDRE PAR ECRIT A L'ENQUETE (du n° 12 au n° 22)

Observation n° 12

Madame LET..., 67 ans, est hospitalisée en février 1959.

- 1°) Elle naît le 24 septembre 1908, la quatrième d'une fratrie formée de deux autres sœurs et d'un frère. A l'âge de 10 ans, elle présente un ictère. Elle se marie à 21 ans et de cette union naîtront cinq enfants actuellement bien portants. 19 ans plus tard son mari la quitte et vit depuis avec une femme plus jeune que lui.
- 2°) A 46 ans, elle pèse 50 kgs et mesure 1,53 m. Un an plus tard en raison d'une dyspée et de douleurs abdominales, elle entreprend un régime et maigrit de 13 kgs en un an. Elle subit alors une cholecystectomie.
- 3°) A l'âge de 51 ans, elle est hospitalisée à la suite d'une tentative de suicide médicamenteuse. Elle pèse 35 kgs, se plaint d'insomnie, est hyperactive et se dit triste. Elle sort 22 jours plus tard, son poids étant resté identique.
- 4°) A 58 ans, elle est réhospitalisée pour les mêmes raisons, son poids n'a pas varié. Elle est active, souriante, coopérante et se raconte complaisamment. Elle n'est pas constipée, mais accuse toujours un syndrome dyspeptique. Le traitement pendant 23 jours par 8 unités d'insuline ordinaire et 20 mg de Diazepam chaque jour n'apporte pas de modification.

Elle est à nouveau admise l'année suivante. Elle pèse 36 kgs et séjourne 16 jours. Le traitement par Diazepam et par métoclopramide est toujours aussi inefficace. Un tremblement lui fait redouter une maladie de Parkinson. Elle n'a jamais été cancérophobe.

- 5°) En juillet 1975, son médecin n'a pas pu être joint. Elle répond à notre questionnaire.

Elle a été réhospitalisée en milieu psychiatrique pendant 45 jours pour une "dépression". Elle se traite pour une "stomatite liée à une avitaminose".

Elle pèse 35 kgs et n'est pas réglée. Son appétit lui paraît "insuffisant" et son poids "nettement trop bas". Elle n'a pas de dégoût alimentaire mais suit un régime pour "le foie et la vésicule". Elle n'est pas constipée et ne vomit pas.

Elle ne travaille pas et les tâches ménagères lui sont difficiles à exécuter.

Elle se juge "nerveuse" et a besoin de temps à autre de consulter pour ce fait. Elle est "toujours" insomniaque, "souvent" fatiguée, "parfois" anxieuse et déprimée. Elle n'est pas timide ou irritable, mais elle manque de confiance en elle et a une tendance excessive à l'ordre. Elle aimerait "sortir" et se distraire si elle "en avait la santé".

Observation N° 13

Mademoiselle ROB..., 17 ans, est hospitalisée en janvier 1967.

- 1°) Elle est la seconde d'une fratrie formée d'une sœur de deux ans plus âgée et d'un frère d'un an plus jeune. Elle poursuit des études de sténodactylographie et ne sort plus car elle "a trop de travail".
- 2°) La maladie débute en juillet 1966 par un amaigrissement qui atteindra 10 kgs. En octobre, elle est aménorrhéique.
- 3°) Lors de son admission, elle pèse 39,5 kgs. Isolée, elle grossit de 500g en 7 jours. Son père la fait sortir au bout de 41 jours. Son poids est alors de 42,5 kgs.
- 4°) En juin 1975, son médecin répond qu'il ne la suit plus.

Elle ne remplit pas le questionnaire, mais envoie une lettre dont voici un extrait : "Je n'ai jamais fait d'anorexie mentale. Un an après j'ai été hospitalisée pendant deux mois pour une hépatite virale très grave (avec 2 biopsie du foie et une laparoscopie). Voilà 8 ans que je suis un traitement pour les suites de cette hépatite (2 ans à la Cortisone) Et cela vous en êtes responsables !"

En juillet 1975, Mademoiselle PIO... (observation n° 2) nous apprend qu'elle est "toujours très maigre" et que son état mental n'est pas satisfaisant.

Observation n° 14

Madame COR..., 27 ans, est hospitalisée en août 1969.

- 1°) Elle est l'aînée d'une fratrie de 11 enfants dont elle a la charge à 15 ans, sa mère étant invalide. Elle a son certificat d'études primaires à 14 ans, puis travaille à la ferme familiale. Elle est réglée à 15 ans, ses cycles sont irréguliers. Elle se marie à 25 ans et donne naissance à une fille six mois plus tard.
- 2°) Elle perd sa place de cuisinière, à l'issue de sa grossesse car "elle est trop sale". Elle se plaint alors de troubles digestifs mineurs, de maux de tête, d'insomnie, devient asthénique, anorexique et constipée. Elle maigrit, mais ses règles persistent irrégulières.

- 3°) Elle est hospitalisée en août 1969 ; elle pèse 43 kgs et mesure 1,55 m. Isolée, elle grossit de 4,5 kgs en 8 jours et sort au bout de 23 jours avec un poids de 52 kgs.
- 4°) Elle-même et son médecin nous donnent de ses nouvelles en juillet 1975. Elle n'a jamais été réhospitalisée depuis sa sortie, mais a consulté à deux reprises un psychiatre. Son poids étant à nouveau insuffisant, il lui a conseillé une nouvelle hospitalisation : ce qu'elle a refusé.
- 5°) Actuellement, son poids est instable, variant entre 48 et 54 kgs. Ses cycles sont toujours irréguliers, douloureux et peu abondants. Elle juge son appétit "insuffisant" et son poids un "peu trop bas". Elle est parfois constipée et ne suit pas de régime. Elle n'a pas repris son travail, mais son activité ménagère est satisfaisante. Elle est asthénique, insomniaque et irritable. Sa vie relationnelle est pauvre et elle nous écrit "J'ai tendance à être seule et timide". Mariée, elle n'a pas eu d'autre enfant. Elle est traitée par des suppositoires de Butobarbital et du Maprotiline. Elle se "sent habituellement bien", mais est "parfois" anxieuse, fatiguée, déprimée, seule, irritable et excessivement ordonnée, manque "rarement" de confiance en elle et est "toujours" insomniaque.

Quant à l'isolement : "il n'a servi à rien".

Observation N° 15

Mademoiselle BAU..., 17 ans, est hospitalisée en juillet 1970

- 1°) Elle est réglée très irrégulièrement depuis un an. Elle pèse 38 kgs et mesure 1,57 m. Elle a maigri de 4 kgs en quelques mois, depuis qu'elle fait un travail qui lui déplaît (ouvrière à la chaîne).
- 2°) Isolée 17 jours, elle vomit abondamment mais gagne néanmoins 500 gr. Ce sont ses parents qui la font sortir.
- 3°) En juillet 1975, son médecin et elle-même répondent aux questionnaires :

Depuis 1970, elle n'a pas été réhospitalisée et ne suit aucun traitement. Elle pèse 42 kgs et son poids est stable. Ses règles sont irrégulières, douloureuses, mais d'abondance normale. Elle a un appétit médiocre, mangeant en petite quantité, mais fréquemment. Elle n'a pas de dégoût alimentaire et ne suit pas de régime. Elle ne vomit plus et n'est pas constipée. Elle juge son poids "un peu trop bas".

Vendeuse, son activité est régulière, le travail ménager ne lui coûte pas. Mariée depuis 3 ans, elle n'a pas d'enfants et n'a jamais été enceinte.

Elle dit : "ne pas être une personne nerveuse, se sentir normalement heureuse", ne "jamais" être fatiguée, déprimée, insomniaque ou irritable. Elle est "parfois" anxieuse, "souvent" seule et timide et manquant de confiance en elle. Elle est "toujours" excessivement ordonnée. Elle aime sortir et se distraire.

Quant à l'isolement, elle le juge "inadmissible" et il a pour elle une valeur de "punition".

Observation n° 16

Mademoiselle GUI..., est hospitalisée à l'âge de 16 ans et demi en août 1970.

- 1°) Elle est en seconde et se déplaît au lycée. En mars 1970, son père subit une intervention sur la prostate. L'anorexie et l'amaigrissement débute à cette date, l'aménorrhée un mois plus tard.
- 2°) A l'admission, elle pèse 32,5 kgs et mesure 1,54 m. Elle grossit de 7,5 kgs en 10 jours et sort au bout de 21 jours pesant 44,5 kgs.
- 3°) En juillet 1975, elle et son médecin répondent à nos questionnaires.

Elle a été réhospitalisée 12 jours dans un service parisien d'endocrinologie pour un bilan. Elle pèse 42 kgs et son poids est instable ayant tendance à baisser.

A l'aide d'un traitement qu'elle poursuit, des "règles" sont réapparues. Ses cycles sont irréguliers, un peu douloureux et d'abondance normale.

Elle juge son appétit "normal", parfois "insuffisant" et son poids "un peu trop bas". Les pommes de terre frites et les graisses la dégoûtent. Elle ne suit pas de régime. Elle est constipée et se traite à l'huile de paraffine. Elle ne vomit pas.

Infirmière, elle travaille régulièrement. Célibataire, elle n'a pas d'enfant.

"Habituellement" elle se sent "bien", mais est "souvent" anxieuse et déprimée. Elle est "rarement" insomniaque et irritable, est "parfois" fatiguée, seule et manquant de confiance en elle et a "toujours" une tendance excessive à l'ordre. Elle aime peu "sortir" et se distraire.

Observation n° 17

Mademoiselle PAT..., née le 24 décembre 1951, est hospitalisée en août 1970

- 1°) En juillet 1969, elle pèse 50 kgs. Se trouvant "trop grosse" elle supprime le pain de son alimentation. C'est à cette date que s'installent l'amaigrissement et l'aménorrhée. Elle arrête son travail six semaines avant son admission.
- 2°) Elle est hospitalisée à 18 ans et demi. Son poids est alors de 40,5 kgs. Isolée, elle grossit de 5 kgs en 7 jours. Son père la fait sortir le 14ème jour lorsque les visites sont autorisées. Son poids est de 48,5 kgs.

3°) En juillet 1975, son médecin et elle-même répondent à nos questionnaires.

Elle n'a pas été réhospitalisée. Elle pèse 48 kgs et son poids est stable.

Traitée par hormonothérapie elle présente des "règles" régulières, indolores et d'abondance normale.

Elle n'a pas de troubles des conduites alimentaires, son appétit est satisfaisant et stable, son poids "juste bien". Elle ne suit pas de régime, ne vomit pas, mais est constipée sans qu'elle se traite pour ce fait.

Secrétaire, son activité professionnelle et ménagère est régulière et ne lui coûte pas.

Le médecin précise qu'elle a un état mental et une vie relationnelle bonne. Mariée depuis l'âge de 22 ans.

Elle se "sent habituellement bien", n'est "jamais" déprimée, insomniaque, timide, ou manquant de confiance en elle, est "rarement" excessivement ordonnée ou anxieuse, est "parfois" fatiguée ou irritable, "Parfois" elle aime "sortir" et se distraire.

Observation n° 18

Mademoiselle MEN..., 16 ans, est hospitalisée en septembre 1972.

1°) Elle naît le 17 mai 1956. A l'âge de 10 ans en raison d'épisodes dyspeptiques elle réduit son alimentation.

Elle est considérée comme "un garçon manqué" durant toute son enfance. Sa scolarité est brillante. Elle est toujours placée dans les premières de sa classe. Elle supporte mal d'être pensionnaire durant sa seconde. A 16 ans, elle entre en première.

Elle est réglée à 13 ans, ses cycles sont réguliers et d'abondance normale. A 15 ans, elle pèse 61 kgs et mesure 1,60 m.

Sa mère lui donne naissance à l'âge de 32 ans. Elle est décrite par sa fille comme "assez forte", "douce" mais dépassée par sa conduite. Après s'être opposée à elle, elle "laisse faire". Par la suite celle-ci entre en conflit avec la psychothérapeute qui a pris sa fille en charge.

Le père, de 11 ans plus âgé que sa femme, est retraité de la S.N.C.F. Son métier l'a obligé à changer fréquemment de région et la famille a dû déménager plusieurs fois. Il est décrit par la malade comme vif et s'emportant facilement, voire parfois "violent".

Celle-ci est la dernière d'une fratrie formée de deux autres soeurs, l'une institutrice de 10 ans plus âgée qu'elle, l'autre infirmière de 5 ans plus vieille et d'un frère de 8 ans plus âgé qui travaille à la S.N.C.F.

2°) La maladie débute en décembre 1971, à l'occasion d'une grippe, par un refus de s'alimenter, associé alors à une augmentation de la sensation de faim, puis remplacée par une perte de l'appétit avec un dégoût des charcuteries et des sucreries ; sans alimentation en cachette ou en dehors des repas. Il n'y a pas d'épisodes de boulimie paradoxale.

L'aménorrhée s'installe en mai 1972.

Elle se pèse rarement, garde ses camarades, affectionne la lecture et ne s'intéresse pas à la préparation de la cuisine.

En juin, elle est admise dans un hôpital général pour "une dépression" et y séjourne 23 jours durant lesquels elle perd 5 kgs.

3°) Mademoiselle MEN... est hospitalisée en septembre 1972. Elle pèse 40,5 kgs et mesure 1,64 m.

Isolée, elle grossit de 3,5 kgs en 9 jours.

Le contact est bon, sans réticence, sauf en ce qui concerne ses parents. Elle exprime le désir d'être vétérinaire et de s'occuper de chevaux "ce qui n'est pas très féminin". Au bout de trois semaines, elle déclare que "l'isolement" était la seule solution à son problème de nourriture". Elle le considérait au début comme une "punition", mais en admet à présent "la nécessité. Elle dessine un auto-portrait qui a un aspect nettement plus bouffi qu'elle.

A la mi-octobre, l'examen psychologique met en évidence :

- Au test de Weschler-Bellevue : un quotient intellectuel homogène à 119.
- Au test de Rorschach : "L'ensemble paraît révéler une personnalité névrotique d'allure hystérico-phobique... il n'y a pas dans le protocole de réponses à caractéristique pathologique grave, mais le comportement fortement névrotique pose un problème d'adaptation important surtout sur le plan affectif et social.
- Au T.A.T. : "La jeune fille s'identifie à un héros ayant des sentiments d'échec et par suite des attitudes d'abandon et de tristesse... Les relations inter-individuelles sont en général difficiles..."

"L'ensemble montre une personnalité assez fragile, s'organisant sur un mode névrotique. Il faut tenir compte de la période d'adolescence".

Elle sort après un séjour de 52 jours. Son poids est de 55 kgs.

4°) Elle s'oppose alors à son milieu familial. Les règles réapparaissent fin novembre (?).

Elle est hospitalisée à nouveau fin décembre. Elle pèse 45 kgs. Isolée, elle grossit de 5 kgs en 13 jours. Elle est opposante, quasi-mutique. Elle sort à nouveau réglée en février 1973 (?).

Elle est admise une nouvelle fois à la fin février dans un établissement psychiatrique.

5°) En juillet 1975, elle répond à notre questionnaire. Son médecin n'a pu être joint.

Elle a été réhospitalisée trois fois, soit au total 13 mois.

Elle suit une psychothérapie de type analytique à raison de deux séances d'une heure par semaine.

Elle pèse 35,5 kgs et n'est pas réglée depuis 3 ans et demi. Elle ne ressent pas la notion de faim et ne peut pas nous préciser ce qu'elle pense de son poids. Elle est constipée et se traite pour ce fait, elle ne vomit pas.

Elle n'a pas repris ses études depuis 3 ans et demi.

Elle est célibataire et se dit "nerveuse", ayant besoin de consulter pour ce fait. Elle est "souvent" fatiguée et insomniaque, "très souvent et presque toujours" anxieuse, "toujours" déprimée, seule et timide, manquant de confiance en elle et irritable. A la question "avez-vous une tendance excessive à l'ordre" elle répond "rarement" pour la chambre et les pièces, mais très maniaque pour les petites choses et certaines habitudes". Elle aime "rarement" "sortir" et se distraire.

Quant à l'isolement, "il me paraît très mal adapté", "seul l'éloignement du milieu familial est souhaitable". "Aucun médecin, aucune infirmière de tous les hôpitaux où je suis allée n'a essayé de savoir pourquoi j'étais ainsi ... ils croyaient toujours que je jouais la comédie ... Cette incompréhension ... m'a fait arriver à détester les médecins et refuser tout ce qu'ils veulent pour moi, jusqu'à la guérison qu'ils veulent m'imposer.

Observation n° 19

Mademoiselle LEM..., est hospitalisée à l'âge de 16 ans, en janvier 1973.

1°) A 4 ans, elle est soignée pour une affection rhumatismale. Elle a toujours eu un petit appétit. Elle est réglée à 12 ans. Elle pèse 50 kgs à 15 ans et se trouve un peu grosse.

La mère est employée dans un hôpital. Elle est inquiète et lors des consultations elle centre son discours sur la conduite alimentaire de la jeune fille et ne la laisse pas parler.

Le père est décédé, la malade étant âgée de 4 ans. Le beau-père suit un régime désodé qu'elle adopte.

2°) La maladie débute en septembre 1972 par l'amaigrissement et l'aménorrhée.

La jeune fille prépare son B.E.P.C. et quoiqu'elle obtienne de bons résultats, elle craint un échec et devient inhibée, renfermée, parlant peu et pleurant facilement. Elle affectionne la lecture. Elle souffre d'épigastralgies et de nausées et devient asthénique, interrompant sa scolarité en novembre et en décembre. Elle se pèse tous les 10 jours.

3°) A l'admission, elle pèse 45 kgs et mesure 1,67 m. Isolée, elle grossit de 3 kgs en 7 jours. Sa mère la fait sortir au bout de 21 jours lorsque la première visite est autorisée. Son poids est de 4 kgs.

4°) En juillet 1975, elle seule répond à notre enquête.

Elle n'a pas été réhospitalisée et ne suit pas de traitement. Elle pèse 57 kgs et son poids varie entre 55 et 60 kgs.

Elle est réglée avec l'aide d'une thérapeutique qu'elle ne poursuit plus depuis 3 mois. Ces cycles sont irréguliers, indolores et d'abondance normale.

Son appétit lui paraît satisfaisant, mais variable, son poids "juste bien". Elle ne suit pas de régime et n'a pas de dégoût alimentaire. Elle ne vomit pas, mais est constipée.

Elle a été soignée pour des crises de tachycardie.

Célibataire, elle n'exerce pas de profession. Son activité ménagère ne lui paraît pas difficile.

"Habituellement" elle se "sent bien", mais est "parfois" anxieuse, timide et irritable. Elle n'est "jamais" déprimée, insomniaque ou excessivement ordonnée, manque "rarement" de confiance en elle et est "souvent" fatiguée. Elle aime "sortir" et se distraire.

L'isolement lui paraît une thérapeutique "dure mais efficace".

Observation n° 20

Mademoiselle BOU..., 15 ans et demi, est hospitalisée en avril 1973.

1°) Son père est marchand ambulant, sa mère reste au foyer. Elle a deux soeurs, non mariées, lors de l'épisode anorectique, âgées respectivement de 19 et 17 ans. Elle est réglée en juin 1972. Elle prépare un C.A.P. et elle a un bon classement.

2°) L'aménorrhée débute en octobre 1972, l'amaigrissement en janvier 1973. Elle est asthénique, dort mal et souffre de douleurs épigastriques.

3°) A l'admission, elle pèse 28 kgs et mesure 1,48 m. Isolée, elle prend 5 kgs en une semaine et sort au bout de 24 jours pesant 40,5 kgs.

4°) En juillet 1975, elle seule répond à notre questionnaire.

Elle n'a pas été à nouveau hospitalisée et ne suit pas de traitement.

Elle pèse 50 kgs et mesure 1,50 m. Son poids est stable.

Ses règles sont réapparues spontanément il y a un an.

Elle juge son appétit "excessif" et son poids "un peu trop haut". Elle suit un régime contre la "cellulite".

Etudiante, célibataire, elle se sent "habituellement bien", mais est "parfois" anxieuse. Elle n'est "jamais" fatiguée, ne manquant de confiance en elle, a "rarement" le sentiment d'être seule ou une tendance excessive à l'ordre, est "parfois" anxieuse, déprimée, insomniaque et irritable. Elle aime "sortir" et se distraire.

Cependant elle ajoute : "Dès ma sortie, mon poids s'abaissait chaque jour, et nous avons constaté qu'il s'agissait du ténia. Après le traitement que j'ai dû subir, j'ai repris très vite du poids et à présent cela va bien"...

Observation n° 21

Mademoiselle HOS..., 20 ans, est hospitalisée en février 1974.

1°) Elle naît le 19 février 1954. Son poids antérieur maximum est de 44 kgs.

2°) En juin 1973, alors qu'elle termine sa première année de pharmacie, elle l'amaigrissement s'installe. L'aménorrhée apparaît en septembre, mais est traitée par des oestro-progestatifs. En janvier 1974, son poids est de 36 kgs.

Elle se renferme, ne fréquente plus ses amies, cuisine beaucoup et se montre agressive avec son père qui s'oppose à sa conduite. Elle réclame une vie indépendante.

En juin, amenée par ses parents, elle consulte mais refuse l'isolement qui lui est proposé, car elle désire effectuer un stage de pharmacie. Elle pèse alors 34,2 kgs.

3°) Elle est hospitalisée en septembre 1974. Son poids est de 33,5 kgs. Isolée, elle refuse au début les aliments et se montre hostile à la thérapeutique. Elle grossit cependant de 3,5 kgs en 10 jours.

Un examen psychologique, pratiqué peu de temps avant sa sortie met en évidence :

- "un contact réservé, légèrement agressif".

- Au test de Rorschach : "elle donne peu d'interprétation.

Celles-ci montrent une personnalité assez schizoïde ayant peu de contacts

sociaux et assez immature sur le plan affectif. Elle essaie de réprimer toute manifestation émotionnelle... Il n'y a pas d'éléments pathologiques graves".

- "Le T.A.T. est assez court... Elle essaye de banaliser les situations ... Les traits névrotiques de la personnalité apparaissent dans des sentiments d'infériorité, un malaise et une immaturité dans les rapports inter-individuels et affectifs."

4°) Elle sort au bout de 22 jours, dès que les visites sont autorisées, sur sa propre initiative, mais aidée en cela par l'attitude de la mère. Son poids est alors de 42 kgs.

5°) En juillet 1975, elle répond au questionnaire adressé à son médecin, mais non à celui que nous lui avons envoyé.

Son poids n'est pas précisé, mais le médecin précise qu'"il ne semble pas qu'elle ait pris du poids". Elle dit ne pas avoir de troubles de l'appétit, ne pas vomir, ne pas être constipée et préoccupée par son poids.

Elle a repris son traitement oestro-progestatif et présente des hémorragies de privation.

Célibataire, elle n'a pas de vie sexuelle. Ses parents se plaignent de "ses troubles du caractère". Son activité professionnelle est régulière.

Observation n° 22

Mademoiselle PIQ..., née le 12 mai 1956, est hospitalisée en octobre 1974.

1°) Elle est réglée à 14 ans. Ses cycles sont irréguliers. A 16 ans, elle "se trouve grosse", supprime le repas du midi, remplace son petit déjeuner par un fruit. L'aménorrhée s'installe la même année ce qui motive deux consultations chez un gynécologue.

Elle décrit sa mère comme "possessive, supprotectrice et anxieuse" surtout depuis le mariage de son frère aîné. Elle aimerait être plus indépendante.

En 1974, elle vomit, sa mère ayant tenté de la gaver, et présente des douleurs abdominales.

En juillet elle pèse 44 kgs.

2°) Lors de son admission, à 18 ans, elle pèse 47 kgs et mesure 1,64 m. Elle sort sur sa propre initiative au bout de 7 jours. Son poids est de 49,5 kgs. Aucune personnalité pathologique n'a pu être mise en évidence.

3°) En juillet 1975, elle répond à notre questionnaire.

Elle n'a pas été réhospitalisée et ne suit pas de traitement.

Elle pèse 45 kgs et son poids est stable.

Elle se dit irrégulièrement réglée.

Son appétit lui paraît normal et son poids "juste bien". Elle redoute de grossir et évite les féculents, les sucreries et les patisseries. Elle est constipée et se traite pour ce fait, mais ne vomit pas.

Elle est employée de banque et son travail est régulier. Elle est célibataire.

"Habituellement elle se sent bien" mais est "parfois" anxieuse, fatiguée, déprimée et insomniaque. Elle est "souvent" timide, manquant de confiance en elle, irritable et excessivement ordonnée. Elle aime "sortir" et se distraire.

C - OBSERVATIONS DES MALADES QUI N'ONT PAS REPONDU,
MAIS DONT LE MEDECIN A FOURNI DES RENSEIGNEMENTS
DEPUIS LEUR DERNIERE HOSPITALISATION (du n° 23 au n° 29)

Observation n° 23

Madame DEB..., 19 ans, est hospitalisée en avril 1972.

- 1°) Elle naît le 25 avril 1953, est réglée à l'âge de 12 ans, ses cycles sont irréguliers.
- 2°) Elle a toujours été maigre et pèse habituellement 40 kgs. Peu de temps avant son admission, son mari devant effectuer son service militaire s'absente. Elle maigrit alors de 7 kgs en trois semaines. Malgré la réforme et le retour de son époux son poids reste inchangé.
- 3°) Elle est hospitalisée en avril 1972. Elle pèse 36,5 kgs et mesure 1,53m. Isolée, elle grossit en 11 jours de 6,5 kgs, atteignant ainsi son poids de sortie.
- 4°) Son médecin la revoie un an plus tard à l'occasion d'une otite. Elle pèse alors 47 kgs. Son cycle menstruel est toujours anormal.

Mariée, elle n'a pas d'enfant.

Elle n'est pas boulimique, ni dégoûtée par certains aliments, ne vomit pas, mais est constipée.

Elle présente des symptômes névrotiques, à une vie relationnelle et son activité professionnelle est stable et régulière.

En juillet 1975, elle ne répond pas à l'enquête.

Observation n° 24

Mademoiselle PLE..., 17 ans, est hospitalisée en octobre 1972.

- 1°) Elle naît le 12 juin 1955. A 12 - 13 ans, elle se trouve "un peu grosse". Elle est réglée à l'âge de 13 ans et demi. Ses cycles sont irréguliers, très espacés et peu abondants. Ceux-ci sont mal acceptés.

Sa scolarité est bonne. Elle est pensionnaire depuis la classe de sixième et y est bien intégrée. Elle entre à 17 ans en terminale.

Le père est alcoolique, sévère, taciturne, jaloux de sa femme et souvent violent avec elle. Celle-ci est décrite comme plus tolérante, plus enjouée, mais "résignée". Le milieu familial est peu ouvert sur l'extérieur.

La jeune fille est la seconde d'une fratrie de 3 autres sœurs et de 2 garçons. Elle se sent responsable des puînés. La sœur aînée est mariée.

Aucun membre de la famille n'a été traité en milieu psychiatrique.

2°) L'aménorrhée s'installe en août 1971 et l'amaigrissement en avril 1972. Son poids est à cette époque de 52 kgs.

3°) Hospitalisée en octobre 1972, à 17 ans et demi, elle pèse 42 kgs et mesure 1,66 m. Isolée, elle grossit de 4 kgs en 7 jours.

Elle se montre coopérante et verbalise aisément le conflit familial.

Elle sort au bout de 27 jours. Son poids est de 54,5 kgs.

4°) En juillet 1975, son médecin, qui ne l'a pas revue depuis un an, répond à notre questionnaire.

Son poids est stable, mais elle est toujours anorectique et aménorrhéique.

Célibataire, elle poursuit des études de faculté, en dehors de son milieu familial. Ses parents sont séparés. Sa vie relationnelle est satisfaisante.

A l'occasion de l'enterrement d'un voisin, elle a présenté un malaise pithiatique qui rentre dans le cadre d'une personnalité névrotique.

Elle n'a pas répondu à nos questions.

Observation n° 25

Mademoiselle COR..., 17 ans, est hospitalisée en mars 1973.

1°) Elle naît le 11 avril 1956. A 12 ans, elle séjourne durant trois mois, dans un service de pédiatrie, puis dans une maison de repos pour une anorexie et un amaigrissement associés à des manifestations fonctionnelles à type de chutes et de maux de tête.

Sa scolarité est satisfaisante jusqu'au B.E.P.C. qu'elle obtient à l'âge de 16 ans. En janvier 1973, elle pèse 40 kgs, n'a jamais été réglée.

Souffrant d'une maladie de Sheuermann elle est traitée par une coquille plâtrée et par une rééducation fonctionnelle dans un établissement éloigné de son domicile.

Son père travaille dans une station thermale. Sa mère, au foyer, est décrite par son médecin comme "hyperprotectrice et abusive, peut-être un peu responsable de l'état de santé de sa fille".

Celle-ci a une sœur sténodactylo de 9 ans plus âgée qu'elle, célibataire, vivant toujours avec ses parents, et un frère de 8 ans plus vieux, employé dans une assurance.

2°) La maladie débute en janvier 1973 par l'amaigrissement.

En février, un psychiatre conclut à "un comportement hystéroïde" et la traite avec 75 mg de Triméprimine et 40 mg de Prolintane.

Au cours de la classe de seconde C, le rendement scolaire diminue, elle exprime le désir d'interrompre ses études. Elle s'isole, perd ses amies, a un sentiment d'ennui et reste inactive dans sa chambre durant de longues heures.

3°) Elle est hospitalisée en mars 1973, pèse 36 kgs et mesure 1,60 m.

Elle est constipée et vomit fréquemment.

Elle présente une inhibition importante ; le contact est pauvre, voire réticent, l'idéation est lente, mais le discours est cohérent, elle apparaît indifférente, mais non ambivalente vis-à-vis de ses parents.

Isolée, elle grossit en 8 jours de 2,8 kgs et sort au bout de 41 jours avec un poids de 48,5 kgs.

4°) Revue en avril 1974, elle est toujours peu communicative, seule, anorectique et aménorrhéique.

L'examen psychologique montre alors :

- au test de Weschler-Bellevue : un quotient intellectuel à 83 "relativement homogène",

- au test de Rorschach : "une personnalité névrotique un peu obsessionnelle avec des mécanismes d'inhibition", mais sans "mécanisme psychotique apparent", et

- au T.A.T. "des attitudes psychasthéniques de doute, d'hésitation, mais elle n'arrive pas à bien intellectualiser ses défenses".

En conclusion : "il s'agit d'une personnalité immature ayant des réactions d'ordre névrotique dans lesquelles la relation à la mère joue certainement un rôle très important et ancien".

En novembre, les règles apparaissent spontanément. Les cycles sont normaux. Elle s'impose toujours un régime très ritualisé et présente un comportement agressif vis-à-vis de sa mère.

5°) Son médecin nous donne des nouvelles en juillet 1975. Elle pèse 42,5 kgs, son poids est stable, bien que l'appétit soit "irrégulier". Elle ne vomit plus et a une "légère" constipation.

Elle est célibataire et ne présente aucune activité sexuelle.

Sa vie relationnelle est "nulle" et sa scolarité n'est pas satisfaisante.

Elle est très inhibée, affectivement immature et dépendante de sa famille.

Elle refuse de venir nous consulter à nouveau.

Observation n° 26

Mademoiselle MUZ..., 17 ans, est hospitalisée en février 1974.

- 1°) Elle naît le 9 mars 1957. Elle est réglée à 13 ans, présente à l'âge de 14 ans une hépatite virale. A 16 ans, elle pèse 48 kgs et mesure 1,55 m, se trouve alors "trop grosse" et se met au régime. L'amaigrissement et l'aménorrhée s'installent à cette époque.
- 2°) Hospitalisée un an plus tard, à 17 ans, elle pèse 34,5 kgs. Elle est coopérante et il n'est pas mis en évidence de personnalité pathologique. Elle a conscience de sa maigreur. Isolée, elle grossit de 4 kgs en 7 jours et a un bref épisode diarrhéique. Elle sort au bout de 29 jours pesant 49,5 kgs.
- 3°) En juillet 1975, elle ne se présente pas au rendez-vous qu'elle a elle-même fixé, ayant exprimé le désir de nous rencontrer et nous ayant personnellement contacté par téléphone. Son médecin répond au questionnaire. Son poids a chuté à 40,5 kgs dans les mois qui ont suivi la sortie. ~~Elle n'est pas réglée, ne vomit pas, mais est constipée. Célibataire, ses troubles du caractère s'amendent et ses relations avec ses parents et ses camarades s'améliorent. En classe terminale, sa scolarité a été régulière et très satisfaisante.~~

Observation n° 27

Mademoiselle RAI..., 19 ans, est hospitalisée en mars 1974.

- 1°) Elle naît le 5 septembre 1955. A 10 ans, elle présente une hépatite qui guérit sans séquelle. Depuis toujours son appétit est modeste.

Elle arrête sa scolarité au niveau du certificat d'études primaires, puis travaille comme employée de maison dans une ferme, où elle a la charge de 5 enfants en bas âge.

Elle est réglée à 14 ans et ses cycles sont réguliers. En novembre 1973, elle pèse 58 kgs

Le père, ouvrier agricole, éthylique ayant subi des cures de désintoxication est violent avec ses proches. Il préfère à sa seconde fille, son aînée et son fils.

La mère vit au foyer. Sa fille se confie facilement à cette personne "bonne et résignée".

Le couple est désuni.

La malade est la seconde d'une fratrie formée de cinq autres soeurs et d'un frère puiné. Sa soeur aînée a aussi présenté un épisode anorectique ; mariée depuis juillet 1973 elle vient d'avoir un enfant. Le frère de cinq ans moins âgé que sa seconde soeur travaille à mi-temps.

- 2°) La maladie débute en octobre 1973 par une anorexie d'abord élective pour le pain et la viande, mais bientôt les repas ne sont plus constitués que de yaourts et de salade. Elle s'accompagne d'une dyspesie sans vomissement à type de brûlures épigastriques renforcées par les repas, mais elle n'est pas associée à des épisodes de boulimie paradoxale, ni à une alimentation en cachette.

A partir de novembre, elle maigrit de 12 kgs en trois mois et présente une aménorrhée. En janvier 1974 des injections de folliculine et de progestérone entraînent une hémorragie de faible abondance.

En février, elle pèse 43 kgs.

Son état psychique se modifie. Elle refuse de sortir avec ses camarades, ce qu'elle faisait auparavant ; leur compagnie l'ennuie.

En décembre, elle se sectionne les veines du poignet.

Elle est hyperactive, se lève tôt, se couche tard, nettoie non seulement la maison de ses patrons mais aussi celle de ses parents.

En décembre, le sommeil s'altère et elle présente des cauchemars à thème de sanglants massacres. L'atmosphère familiale et professionnel se tend. Elle ne supporte pas les remarques vis-à-vis de son comportement alimentaire, mais elle "garde cela pour elle".

Devenue asthénique, son père demande son hospitalisation.

- 3°) Elle est admise en mars 1974. Elle pèse 38 kgs et mesure 1,65 m. Isolée, elle grossit de 5 kgs en 3 jours.

Le contact est pauvre. La maigreur est soulignée par la tenue vestimentaire et le maquillage. Elle ne manifeste aucune inquiétude quant à celle-ci et quant à son aménorrhée.

Elle ne désire pas se marier tant qu'elle n'aura pas "accumulé une certaine quantité d'argent". Cependant un jeune homme fiancé à une autre jeune fille est "plein d'attention pour elle". Elle se dit lasse de sa condition et déclare avec un certain détachement "Laissez-moi mourir, je serai tranquille".

En fin d'hospitalisation le contact est meilleur, les thèmes dépressifs s'estompent. Elle exprime ses difficultés professionnelles et l'alcoolisme de son père.

Un examen psychologique pratiqué à cette époque met en évidence :

- Au test de Weschler-Bellevue : un quotient intellectuel homogène de 80. "Les possibilités intellectuelles sont à la limite inférieure de la moyenne. Elle a quelques difficultés de concentration".

- Le test de Rorschach a un aspect névrotique, il montre une personnalité assez indifférenciée et floue... il n'y a pas de mécanisme psychotique sous-jacent."

- Au T.A.T. "Les images parentales sont floues en particulier celle du père".

Elle sort au bout de 30 jours. Son poids est alors de 53,5 kgs.

- 4°) En juillet 1975, son médecin nous apprend qu'il ne l'a revue qu'une seule fois, un mois après sa sortie, elle pesait 46,7 kgs et il lui a proposé une nouvelle hospitalisation qu'elle a refusé. Elle ne répond pas à notre questionnaire.

Observation n° 28

Mademoiselle CAL..., 18 ans et demi, est hospitalisée en juin 1974.

- 1°) Elle naît le 30 octobre 1955. Elevée au Maroc jusqu'à l'âge de 16 ans, elle est en terminale lors de son hospitalisation.

Son père est médecin biologiste. Elle a une soeur étudiante d'un an plus âgée qu'elle. Elle qualifie sa relation avec ses parents de "trop bonne" et la situe sur le plan de la "camaraderie".

- 2°) La maladie débute en janvier 1974 par l'amaigrissement. Elle pèse alors 57 kgs et mesure 1,69 m. L'aménorrhée s'installe à la fin du mois de janvier.

- 3°) A l'admission, elle pèse 44,5 kgs. Coopérante, son discours est complaisant. Isolée, elle grossit de 4,5 kgs en une semaine, devient alors opposante, présente un épisode avec des selles liquides qui dure quelques jours, traité par 9 mg de Diphénoxylate et 0,15 mg de sulfate d'atropine par jour.

Elle sort au bout de 20 jours pesant 57,5 kgs.

- 4°) En juillet 1975, le médecin psychothérapeute qui nous l'a adressée répond au questionnaire.

Elle est réglée spontanément depuis l'automne 1974. Célibataire, elle a une vie relationnelle plus importante qu'auparavant. Son activité est régulière et stable. Elle a refusé la psychothérapie qui lui avait été proposée après son hospitalisation.

Elle n'a pas répondu à l'enquête.

Observation n° 29

Madame DUP..., 24 ans, est hospitalisée en septembre 1974.

- 1°) Elle naît le 26 juin 1950. Elle est réglée à l'âge de 15 ans et demi. Ses cycles sont réguliers, d'abondance normale, mais douloureux.

Après des études primaires moyennes, à 17 ans elle travaille pendant 3 ans comme employée de maison.

A 20 ans, elle se marie et l'union est heureuse. Les quatre ans suivants elle est ouvrière d'usine.

Sa mère vit au foyer et fait quelques heures de ménage à l'extérieur durant les week-end. Elle a 21 ans lorsqu'elle donne naissance à sa fille.

Son père de 7 ans plus âgé que sa femme est ouvrier agricole. Il est décrit comme autoritaire. Le couple est uni.

La jeune femme est la troisième d'une fratrie formée de cinq autres sœurs, dont deux sont plus âgées qu'elle, et d'un frère puîné.

- 2°) En août 1970, elle présente une aménorrhée et son médecin suspecte cliniquement une grossesse.

En octobre, elle subit un traumatisme crânien qui entraîne une perte de connaissance de 12 heures et justifie une hospitalisation de 11 jours, puis une convalescence de 15 jours. En novembre, elle présente des pertes marrons, peu abondantes, sans expulsion de fœtus. Ces "cycles" sont très irréguliers, alternant avec des leucorrhées non fétides. Désirant une grossesse, elle est traitée, jusqu'à la fin de 1971 sans résultat.

En effet, en février 1971, ses "pertes" disparaissent définitivement. En mars 1973, elle pèse 47 kgs et l'anorexie et l'amaigrissement débutent.

Elle devient hyperactive et aide une voisine dans son travail ménager quand elle a terminé le sien.

- 3°) En septembre 1974, elle est hospitalisée dans un service de médecine générale.

Les examens cliniques neurologiques, ophtalmologiques et gynécologiques sont normaux.

La créatinine urinaire est de 0,81 g. par 24 heures.

Les 17 cétostéroïdes de 5 mg par 24 heures

les 17 hydroxycorticostéroïdes de 2,9 mg par 24 heures

La F.S.H. inférieure à 6 unités souris par 24 heures

Elle est mutée au bout de 15 jours dans le service de psychiatrie. Elle pèse 35 kgs.

Le contact et la verbalisation sont bons, mais son niveau intellectuel est un peu bas. Elle est souriante, son humeur est gaie. Elle est inquiète de sa maigreur et exprime le désir d'avoir des enfants.

Isolée, elle sort sur sa propre initiative au bout de 10 jours. Son poids est alors de 43 kgs.

4°) Elle est revue par son médecin quinze jours plus tard et son poids n'a pas varié. En juillet 1975, elle ne répond pas au questionnaire.

D - OBSERVATIONS DES MALADES QUI N'ONT PAS PU ETRE
CONTACTEES, MAIS A PROPOS DESQUELLES LE MEDECIN A
FOURNI DES RENSEIGNEMENTS DEPUIS LEUR DERNIERE
HOSPITALISATION (du n° 30 au n° 35)

Observation n° 30

Mademoiselle GUE..., 17 ans, est hospitalisée en août 1964.

- 1°) A l'âge de 6 ans, elle fait un séjour de 22 mois dans un préventorium sa cuti-réaction à la tuberculine est positive. A 13 ans, elle se fracture les deux jambes.

Elle est décrite comme ayant toujours été très repliée et sans camarade.

- 2°) En 1963, elle a peur d'être grosse et en août supprime le pain de sa nourriture.

En février 1964, à la suite d'un accident de la voie publique sans conséquence, l'anorexie s'accroît et l'aménorrhée s'installe. En avril elle commence à vomir et en juin est mise en arrêt de travail, rompt des fiançailles vieilles de deux ans et se montre insupportable à son milieu familial.

- 3°) Hospitalisée en août, elle pèse 40 kgs et mesure 1,61 m.

Isolée, les onze premiers jours, son poids diminue de 500 gr., puis les six suivants, elle grossit de 500 gr.

Elle sort au bout de 84 jours en se jugeant grosse. Son poids est de 53 kgs.

- 4°) Elle est réhospitalisée à la fin du mois de décembre 1965. Elle pèse 32 kgs, isolée, grossit de 1 kg en 8 jours et sort après un séjour de 51 jours. Son poids est de 53 kgs.

Elle refuse la psychothérapie qui lui est proposée.

- 5°) En juillet 1975, son médecin nous répond qu'il ne la suit plus, cependant il a appris par la mère qu'elle est toujours maigre, travaille, est mariée et a un enfant. Elle "aurait souffert entre temps d'une grave affection pulmonaire.

Observation n° 31

Mademoiselle GIL..., 16 ans, est hospitalisée en janvier 1966.

- 1°) Elle naît le 9 septembre 1949, la troisième d'une fratrie formée de trois autres garçons. Ses parents sont bien portants. Depuis son enfance elle présente des crises d'agitation hystériformes et elle a souffert d'une paralysie régressive.

Elle n'obtient pas son certificat d'études.

Elle est réglée à l'âge de 13 ans.

- 2°) En juin 1965, à la suite d'une "contrariété familiale", elle commence une "grève de la faim" devient anorectique et aménorrhéique, se plaint de maux de tête, d'insomnie, de douleurs abdominales et d'être constipée.

- 3°) Elle est hospitalisée en janvier 1966. Elle pèse 47,9 kgs et mesure 1,74m

Isolée, elle grossit de 1 kg en 7 jours et sort au bout de 50 jours, son poids est alors de 54 kgs.

- 4°) Elle est réhospitalisée deux mois plus tard, ne pesant que 48 kgs. Isolée elle ne grossit pas la première semaine, mais sort au bout de 75 jours, son poids étant de 59 kgs.

- 5°) En juillet 1975, son médecin répond qu'il ne la suit plus, cependant il a appris par la mère qu'elle est mariée, mais en instance de divorce, a des enfants et ne présente plus de troubles des conduites alimentaires.

Observation n° 32

Mademoiselle FAB..., 15 ans, est hospitalisée en février 1966.

- 1°) Elle subit une appendicectomie en 1964. Elle est la première de sa classe. a peu d'amis et a tendance à l'introversion et à la "réverie". Une de ses aœurs est considérée comme "nerveuse".

- 2°) Le dégoût des aliments débute par celui de la crème et du beurre. L'aménorrhée s'installe en octobre 1965, et elle maigrit de dix kilos dans les deux mois qui précèdent l'hospitalisation.

- 3°) Admise en février 1966, elle pèse 41 kgs et mesure 1,50 m. Isolée, elle grossit de 1,5 kgs en 7 jours. Elle sort au bout de 19 jours pesant 46 kgs.

- 4°) En juillet 1975, son médecin nous apprend qu'il ne la suit plus, mais qu'elle est mariée et a un enfant.

Observation n° 33

Mademoiselle FER..., 32 ans, est hospitalisée en janvier 1968.

- 1°) Elle naît enfant naturelle, le 17 juillet 1935, est élevée en nourrice, puis mise en pension. Cependant sa mère la fait rentrer à l'école normale. N'ayant jamais voulu être institutrice, elle quitte ce métier à l'issue de son contrat et entre dans une école d'infirmière. Elle a toujours été mal réglée.
- 2°) En janvier 1967, alors qu'elle vient d'être nommée infirmière, l'aménorrhée s'installe, rapidement suivie de l'amaigrissement. Elle est seule, sans relation, et n'a jamais eu qu'une amie intime qu'elle ne voit plus, cette dernière étant carmélite depuis 1956.

Dans son travail, elle est extrêmement consciencieuse et un peu lente, surtout dans les semaines qui précèdent son hospitalisation. Elle passe ses vacances en Algérie dans le service civil international.

- 3°) Lors de son admission, en janvier 1968, elle pèse 36 kgs. Isolée, elle grossit d'un kilo et demi en sept jours et sort au bout de 44 jours avec un poids de 45 kgs.
- 4°) En avril elle présente un cycle, en juin elle pèse à nouveau 37 kgs, en mai 1970 le médecin du travail de l'hôpital où elle exerce demande un examen de son état mental.
- 5°) En juillet 1975, son médecin, qui ne la pas revue depuis 1973, nous apprend qu'elle était toujours aménorrhéique, célibataire, sans vie sexuelle et relationnelle, mais avec une activité professionnelle satisfaisante (elle travaillait dans son service). Elle aurait présenté des "symptômes psychotiques".

La lettre qui lui a été envoyée, est revenue avec la mention "Retour à l'Envoyeur".

Observation n° 34

Mademoiselle BOU..., 17 ans, est hospitalisée en octobre 1968.

- 1°) Sa mère vit au foyer et lui donne naissance à l'âge de 23 ans, son mari de 2 ans plus âgé qu'elle est employé des P.T.T. La jeune fille est l'aînée d'une fratrie formée de trois autres sœurs ayant respectivement 3, 9 et 14 ans de moins qu'elle. Au printemps 1968 son poids est de 53 kgs et elle subit une appendicectomie.
- 2°) Elle est jalouse d'une sœur dont la scolarité est plus brillante et en avril, alors qu'elle est en classe de première technique, elle exprime le désir d'abandonner ses études. Ses parents refusent. L'amaigrissement débute à cette époque.

- 3°) Lors de l'admission son poids est de 42 kgs et elle est aménorrhéique. Isolée, elle grossit de 4 kgs en une semaine.

Son séjour est marqué par une "paralysie" bilatérale, transitoire, sensible à la suggestion, des deux membres supérieurs, puis de douleurs abdominales violentes.

Elle est surprise à dissimuler ses aliments dans ses vêtements.

Elle sort au bout de 30 jours, son poids est de 52 kgs.

- 4°) En juillet 1975, son médecin qui la suit toujours répond au questionnaire. Elle pèse 48 kgs, son poids est stable. Ses règles sont réapparues en 1972 à la suite d'un traitement oestro-progestatif. Elle est mariée, a deux enfants, le premier est âgé de 3 ans. Elle est toujours dégoutée par certains aliments, ne vomit pas, mais est constipée et a peur d'être grosse.

Son état mental est "excellent", mais elle a des symptômes névrotiques. Sa vie relationnelle et son activité professionnelle et ménagère sont satisfaisantes.

Observation n° 35

Mademoiselle BOU..., 18 ans, est hospitalisée en février 1969 dans le service de gastro-entérologie.

- 1°) Ses parents sont divorcés, sa mère est surprotectrice.
- 2°) En 1966, elle présente une "péritonite appendiculaire et devient aménorrhéique. Bien qu'elle affiche être boulimique, elle maigrit de 25 kgs et en février 1969 pèse 28,5 kgs et mesure 1,57 m. De plus elle vomit.
- 3°) Présentée à la consultation de psychiatrie, elle refuse l'hospitalisation dans ce service.
- 4°) En juillet 1975, son médecin répond qu'elle est infirmière à la Guadeloupe depuis plusieurs années et mariée depuis peu. D'après la grand-mère elle serait toujours "boulimique et vomisseuse".

E -- OBSERVATION DES MALADES QUI N'ONT PAS REPONDU A
L'ENQUETE ET DONT AUCUN RENSEIGNEMENT N'A PU ETRE
OBTENU DEPUIS LEUR DERNIERE HOSPITALISATION

(du n° 36 au n° 44)

Observation n° 36

Mademoiselle PRI..., 15 ans, est hospitalisée en septembre 1964.

- 1°) Elle est réglée à l'âge de 14 ans. En 1964, elle est demi-pensionnaire en classe de quatrième. Son père est alcoolique.
- 2°) Le début de la maladie est marqué en février 1964 par l'installation de l'amaigrissement et de l'aménorrhée. En juillet elle subit une appendicectomie.
- 3°) Elle est hospitalisée en septembre. Elle pèse 35,5 kgs et mesure 1,56 m. Elle grossit de 3 kgs en 9 jours et sort au bout de 73 jours. Son poids est alors de 46 kgs.
- 4°) En octobre 1965, elle entre dans une école commerciale et en 1967 elle prépare un certificat d'aptitude professionnelle. Elle maigrit à nouveau en avril, ses règles ne sont pas réapparues depuis 3 ans. Elle est hyperactive et son travail est satisfaisant.

Elle est réhospitalisée en avril 1967. Elle pèse 36 kgs. Elle grossit de 500 gr en 8 jours. Au bout de 3 semaines elle reçoit 10 unités d'Insuline ordinaire chaque jour. Elle sort au bout de 101 jours. Son poids est de 46,5 kgs. Ses règles réapparaissent le lendemain, pour disparaître à nouveau deux mois plus tard. En octobre elle a maigri à nouveau de 3 kgs.

- 5°) En juillet 1975, ni elle, ni son médecin ne répondent aux questionnaires.

Observation n° 37

Mademoiselle CAT..., 18 ans, est hospitalisée en juin 1967.

- 1°) Elle naît le 27 février 1949. A 14 ans elle obtient son certificat d'études primaires, puis travaille comme vendeuse, ce dont elle n'est pas satisfaite.
- 2°) L'amaigrissement débute en octobre 1966. L'aménorrhée s'installe en décembre ; ses cycles antérieurs étaient réguliers.

- 3°) Elle séjourne un mois dans un hôpital périphérique, puis est admise en juin 1967 dans le service de psychiatrie. Elle pèse 38,5 kgs. Isolée elle grossit de 3 kgs en 10 jours. Elle bégaille, mais aucune structure psychique particulière ne peut être mise en évidence. Elle sort à l'issue d'un séjour de 48 jours. Son poids est alors de 48,75 kgs.
- 4°) En juillet 1975, ni elle, ni son médecin ne répondent aux questionnaires.

Observation n° 38

Madame DOM..., 20 ans, est hospitalisée en janvier 1968.

- 1°) Elle se marie à 18 ans. Son mari est jaloux et brutal. Elle pèse alors 46 kgs. Quatre mois plus tard, en octobre 1966, elle retourne dans son milieu parental.
- 2°) Elle décide de "surveiller sa ligne". L'aménorrhée s'installe en avril 1967. Elle est constipée.
- 3°) Elle est hospitalisée en janvier 1968. Elle pèse 34 kgs. Isolée, Elle ne grossit que de 500 gr en 29 jours.

Une narco-analyse met alors en évidence des thèmes dépressifs et la répétition d'un rêve : son mari lui interdit de manger. Elle reçoit chaque jour 60 mg d'Amitriptyline et 10 mg de Diazepam.

Elle sort au bout de 44 jours, son poids est de 47 kgs.

- 4°) En juillet 1975, ni elle, ni son médecin ne répondent aux questionnaires.

Observation n° 39

Mademoiselle BAZ..., 15 ans, est hospitalisée en mars 1968.

- 1°) Elle est réglée à 12 ans. A l'âge de 14 ans, n'ayant pas obtenu son brevet d'études primaires, elle travaille comme vendeuse. Elle pèse alors 51 kgs et se trouve grosse.
- 2°) En mai 1967, elle est admise, pour une raison inconnue dans un hôpital périphérique où elle séjourne sept semaines. L'aménorrhée et l'amaigrissement s'installent simultanément au cours de cette hospitalisation.
- 3°) En mars 1968, elle entre dans le service de psychiatrie. Elle pèse 33,5 kgs et mesure 1,51 m. Isolée, elle grossit de 3 kgs en 7 jours et sort au bout de 40 jours. Son poids est alors de 44 kgs.

- 4°) Il se stabilise à 42 kgs dans les mois suivants. Elle reprend son travail en novembre 1968. Ses règles ne sont pas réapparues.

En janvier 1969, elle est légèrement accidentée au cours de son travail. Elle présente alors, pendant une dizaine de jours une diarrhée et des douleurs abdominales, sans vomissement ni fièvre. Elle maigrit à nouveau et ne reprend pas son travail. Progressivement, elle se replie sur elle-même, devient agressive avec son entourage et se livre à une activité ménagère intense.

Elle est réhospitalisée en mars 1969. Elle pèse 35,2 kgs. Isolée elle grossit de 5 kgs en 7 jours. Le contact est bon, le niveau intellectuel modeste. Elle apparaît très dépendante de sa mère. A la fin du séjour elle présente des vomissements associés à de la fièvre. Elle sort au bout de 16 jours. Son poids est de 46 kgs.

- 5°) En juillet 1975, ni elle, ni son médecin ne répondent à l'enquête.

Observation n° 40

Mademoiselle HOM..., 16 ans, est hospitalisée en février 1969.

- 1°) Ses règles sont irrégulières. En décembre 1968, elle pèse 52 kgs et elle présente un épisode de vomissements. L'amaigrissement et l'aménorrhée s'installent alors. Elle devient renfermée, insomniaque et a des troubles du caractère dans son milieu familial.
- 2°) Elle est admise en février 1969. Son poids est de 38 kgs. Isolée, elle grossit de 1,8 kg en 7 jours. La réalimentation s'accompagne d'épigastralgies et d'un épisode de diarrhée de quelques jours. Le niveau intellectuel est modeste, le contact bon. Après les premières visites elle maigrit de 500 gr. Elle sort au bout de 44 jours pesant 48 kgs.
- 3°) En juillet 1975, ni elle, ni son médecin ne répondent aux questionnaires.

Observation n° 41

Mademoiselle LET..., 34 ans, est hospitalisée en janvier 1970.

- 1°) Elle se marie à 21 ans, son époux "la trompe et amène ses maîtresses chez elle". Il décède accidentellement trois ans plus tard, date à laquelle l'amaigrissement s'installe, rapidement suivi de l'aménorrhée.

Elle est hospitalisée de nombreuses fois dans la région parisienne et dans un hôpital périphérique pour sa cachexie et des crises de tétanie. En 1965, elle est mise en invalidité. Quatre ans plus tard elle pèse 32 kgs. Elle vit chez ses parents et se montre agressive à l'endroit de sa mère.

2°) Elle est admise dans le service en janvier 1970. Son poids est de 25 kgs et elle présente de volumineux œdèmes des membres inférieurs. Isolée, elle grossit de 13 kgs en 9 jours, ce qui est rattaché à une rétention hydrosodée.

Le contact est facile, mais reste superficiel, elle présente une tendance toxicomaniacale aux parbituriques et est traitée par 10 mg de Diazepam et 100 mg d'éthyl-méthyl-butyl-barbiturate. Sa personnalité clinique s'apparente à celle de l'hystérie.

Un examen psychologique, pratiqué 15 jours avant sa sortie met en évidence :

- Au test de Weschler-Bellevue : un quotient intellectuel homogène de 73.

- Au test de Rorschach : "elle donne généralement une seule interprétation par planche. Celles-ci montrent dans l'ensemble une personnalité très fragile de structure psychotique. Ses attitudes oscillent entre des comportements superficiels banaux avec une certaine immaturité affective et des régressions hypochondriaques massives... L'ensemble est peu riche..., les mécanismes de défense sont peu organisés et pauvres".

- Au T.A.T. "Il n'y a pas d'altération perceptives mais l'ensemble des récits montre la fragilité et la précarité de l'adaptation".

Son poids progresse jusqu'au 38ème jour où il atteint un maximum de 40 kgs, malgré la poursuite de l'isolement.

A cette époque, la créatinine urinaire est à 0,63 g par 24 heures, les 17 cétostéroïdes à 5,5 mg par 24 heures, et les 17 hydroxycorticoïdes à 4 mg par 24 heures.

Elle sort au bout de 70 jours. Son poids est alors de 38 kgs.

3°) En juillet 1975, elle ne répond pas au questionnaire. Son médecin n'a pas pu être contacté.

Observation n° 42

Mademoiselle NEZ..., 18 ans, est hospitalisée en octobre 1970.

1°) Elle naît le 17 avril 1952 et reste fille unique. Ses parents, cultivateurs, sont anxieux.

Elle est pensionnaire dans une institution religieuse. Ecolière très consciencieuse, sa scolarité est bonne jusqu'en 1970. Depuis toujours son appétit est modeste et son poids petit. En mars 1970 elle pèse 47 kgs.

2°) La maladie débute en septembre 1969 par l'aménorrhée.

En juin 1970 elle est déçue par la mauvaise note qu'elle obtient à l'épreuve de français de l'examen de fin de classe de première. Sa mai-

greur habituelle s'accroît alors. L'aménorrhée étant persistante, elle est traitée jusqu'en septembre par des injections de progestérone et de folliculine qui lui provoquent des hémorragies de privation.

3°) Elle est hospitalisée en octobre 1970. Elle pèse 35 kgs et mesure 1,65 m. Isolée, elle grossit de 3,5 kgs en 7 jours. Elle sort au bout de 28 jours. Son poids est alors de 48,5 kgs.

4°) Sur le conseil de son médecin, elle ne reprend pas sa scolarité et s'inquiète du retard qui s'accumule.

Elle est réhospitalisée en décembre. Elle pèse 42 kgs. Elle grossit de 500 gr. en 8 jours. Mais elle est morose, ne peut pas envisager l'avenir, pleure facilement, verbalise son absence d'amis et sa tendance à la réverie.

Au bout de 26 jours, son poids atteint un maximum de 45,5 kgs. Son état psychique devient plus inquiétant. Le contact est mauvais, mais elle exprime des thèmes dépressifs sans présenter de signe de la série psychotique. Elle est alors traitée par 400 mg de Dibenzépine, 150 mg de Sulpiride et 10 mg de Diazepam.

Elle sort au bout de 82 jours. Son poids est de 43,5 kgs.

Elle est envoyée dans un établissement de post-cure dans le sud de la France où elle séjourne trois mois. A la sortie de celui-ci elle pèse 41,5 kgs et est toujours aménorrhéique.

5°) En juillet 1975, ni elle, ni son médecin ne répondent aux questionnaires.

Observation n° 43

Mademoiselle ROY..., 19 ans, est hospitalisée en mars 1972.

1°) A 16 ans, elle arrête ses études en "quatrième pratique", et travaille durant deux ans et demi dans une biscuiterie. Elle la quitte car elle juge que "c'est le bordel". Elle passe ensuite deux mois dans une imprimerie. Elle vit avec ses parents et un frère.

Le père, employé des H.L.M. et la mère, au foyer, sont décrits comme surprotecteurs. La jeune fille est la 7ème d'une fratrie de 8 enfants qui sont tous mariés, sauf le frère cadet de deux ans plus jeune que sa soeur. Un frère est décédé d'une "néphrite" alors qu'elle était âgée de 11 ans.

2°) La maladie débute en mars 1970. Des camarades lui disent qu'elle est "trop grosse", son poids étant de 55 kgs. Elle décide alors de suivre un régime amaigrissant. En septembre 1971, elle pèse 35 kgs. Elle ne sort plus et n'a qu'une amie, cette dernière a des tendances suicidaires.

3°) Elle est hospitalisée en mars 1972. Elle pèse 33 kgs et mesure 1,52 m.

Isolée, elle grossit de 6,5 kgs en 7 jours. Juste avant d'atteindre le poids fixé pour que les visites soient autorisées, celui-ci stagne : elle vomit et présente une diarrhée.

Elle sort au bout de 26 jours. Son poids est de 45,5 kgs.

4°) En juillet 1975, ni elle, ni son médecin ne répondent aux questionnaires.

Observation n° 44

Mademoiselle BEO..., 20 ans, est hospitalisée en février 1973.

1°) A l'âge de 6 ans, elle est traitée par le phénobarbital pour des crises d'épilepsie qu'elle présente jusqu'à l'âge de 14 ans.

Elle est réglée à 11 ans.

De 14 à 17 ans elle est pensionnaire. A 18 ans, elle commence à travailler en usine, ce qui ne la satisfait pas, en effet, elle aurait voulu être aide-soignante.

Son père est alcoolique et violent, sa mère, employée du P.M.U. est accaparée par sa profession. La jeune fille est l'aînée d'une fratrie de 4.

2°) La maladie débute en mai 1972 par l'amaigrissement et l'aménorrhée. Elle pèse alors 53 kgs.

Elle a "peur de grossir" et exprime le désir de "redevenir petite". Elle supprime d'abord les hydrates de carbone, puis l'alimentation n'est bientôt plus constituée que de vinaigre, de salades, de moutarde et de citrons entiers. A chaque aliment est attribué un pouvoir pathogène : l'un engendre une crise de foie, l'autre des boutons ...

En septembre 1972, elle séjourne trois mois dans un centre psychothérapique où elle maigrit de 1,5 kgs.

3°) Elle est admise dans le service en février 1973, elle pèse 40 kgs et mesure 1,67 m.

Isolée, elle ne grossit pas la première semaine.

Au cours du séjour, elle verbalise difficilement, avec un vocabulaire pauvre : un désir d'être indépendante de son milieu familial, un sentiment d'être mal aimée et une lassitude de vivre. Elle est consciente de sa maigreur.

Elle sort au bout de 32 jours. Son poids est de 55,5 kgs. Elle se sent alors "obèse" et "déformée".

4°) En juillet 1975, ni elle, ni son médecin ne répondent aux questionnaires.

C O N C L U S I O N S

Une revue de la littérature met en évidence de nombreuses divergences dans les résultats exposés par les différents auteurs. L'une des causes de celles-ci nous a paru être la sélection des observations. Nous avons tenté de faire état de 57 dossiers. En fait 48 médecins traitants ont été contactés avec l'aide d'un questionnaire, 30 d'entr'eux y ont répondu et 26 de ces derniers nous ont fourni des renseignements sur le devenir des malades. Dans un second temps 40 patientes ont été contactées, 22 de celles-ci ont répondu. Ainsi 44 dossiers ont pu être utilisés. Parmi ceux-ci 5 groupes de malades ont été distingués:

- 11 de celles-ci ont été revues
- 11 se sont bornées à répondre par écrit
- 7 n'ont pas répondu, mais leur médecin a fourni des renseignements
- 6 n'ont pas été contactées, mais leur médecin traitant a apporté sa contribution
- 9 n'ont pas répondu et aucune information sur leur devenir n'a été obtenue par ailleurs.

Les observations des malades qui n'ont pas répondu ne sont pas superposables à celles des autres anorectiques mentales. L'absence de motivation à apporter une contribution pourrait être liée au fait que la maladie ne paraît représenter qu'un "accident" dans l'existence des premières.

La durée séparant la date d'installation du premier symptôme de l'affection et celle de la dernière information recueillie concernant le devenir des patientes est comprise entre moins d'un an et 19 ans. Elle est en moyenne de 6 ans. Les 44 observations ont été classées en fonction de l'existence de l'absence d'un syndrome d'anorexie mentale au moment de l'enquête, 26 de celles-ci appartiennent au premier groupe et 18 au second. En colligeant dans la littérature 701 anorectiques mentales revues à distance du début de leur maladie, il a été constaté que 49 % de celles-ci sont "guéries", 44 % sont "améliorées" ou "inchangées" et 6 % sont décédées. L'absence de valeur de la comparaison des résultats des auteurs a été soulignée.

Sous l'influence de l'isolement, l'évolution est le plus souvent favorable dans l'immédiat, mais les rechutes sont très fréquentes, facilement réversibles situées le plus fréquemment dans l'année qui suit l'hospitalisation, indépendante du poids de la précédente sortie, souvent un rapport avec une personnalité de type hystérique et la persistance de troubles du schéma corporel.

Les décès sont assez rares (4 à 15%), ils sont à craindre quand le poids est de 50% inférieur au poids théorique, sont tardifs dans l'évolution de la maladie et sont le plus souvent en rapport avec un facteur surajouté. Les suicides surviennent à l'issue d'une évolution prolongée, mais leur fréquence est comparable à celle de l'ensemble de la population psychiatrique.

A long terme plus de la moitié des malades ont un poids stable un peu bas, mais supérieur au moins à 10% du poids théorique. Chez celles-ci la durée moyenne de la maigreur est le plus souvent inférieure à 3 ans. Des troubles du schéma corporel peuvent persister chez ces dernières.

Des troubles des règles persistent chez plus de la moitié des patientes. Ceux-ci ont une durée supérieure à celle de la maigreur. Les règles irrégulières sont nettement moins fréquentes après la maladie qu'avant celle-ci. Elles ne mettent pas à l'abri d'une rechute. Des règles régulières et spontanées ne peuvent exister que lorsque le poids est satisfaisant, mais ceci n'est pas une condition suffisante à leur réinstallation.

Seulement un quart des malades qui ont un poids satisfaisant ne présente pas de troubles des conduites alimentaires. Chez les malades qui présentent toujours une anorexie mentale, les troubles du jugement sont beaucoup plus importants en ce qui concerne l'appréciation de leur besoin alimentaire, qu'en ce qui concerne celle de leur état de maigreur. La constipation existe chez plus de la moitié des malades qui ne sont plus anorectiques mentales, par contre les vomissements sont très rares chez ces dernières.

Indépendamment de la persistance au non d'une anorexie mentale, l'état psychique des patientes au moment de l'enquête est le suivant

- Il est satisfaisant chez un peu moins d'un quart.

- Leur adaptation sociale est convenable, mais un léger déficit de la vie instinctivo-affective et des difficultés relationnelles sont souvent mises en évidence.

- Plus de la moitié des malades ont des troubles neurotiques nets dominés par l'immaturité affective et la pauvreté relationnelle.

- Moins d'un quart présentent des troubles mentaux graves entraînant un isolement.

Au total, environ un tiers à la moitié des patientes qui ne sont plus anorectiques mentales présentent des manifestations psychiatriques invalidantes. Elles sont cependant rarement graves : quand il en est ainsi, les tableaux cliniques s'intègrent dans une nosologie psychiatrique classique (schizophrénie, névrose hystérique et personnalité border-line). Par contre, la gravité des troubles mentaux est nettement plus grande dans le groupe des malades qui sont toujours anorectiques mentales, mais la symptomatologie présentée par ces dernières lors de l'hospitalisation et même à longue échéance se laisse difficilement cerner. Lorsque la maladie est ancienne, elle est caractérisée par l'importance de l'immaturité affective et de l'isolement, des manifestations hypochondriaques, des rites obsessionnels, un aspect paranoïde de la personnalité et une tendance toxicomane.

Les réponses aux questionnaires proposés aux malades mettent en évidence que celles qui sont toujours anorectiques mentales se plaignent plus facilement d'être anxieuses et seules que celles qui ne le sont plus mais se disent moins aisément asthéniques et déprimées qu'elles.

Plus de la moitié des malades qui ne sont plus anorectiques mentales se marient, mais le mariage est plus tardif que dans la population générale. Par contre, il est beaucoup plus rare chez celles qui sont toujours anorectiques. La grossesse est exceptionnelle chez ces dernières et survient chez un quart des précédentes.

La fréquence des anorectiques mentales qui ont un métier est remarquable, mais si leur maladie se prolonge au-delà de 6 à 7 ans, elles sont alors à l'inverse mise en invalidité.

De nombreux facteurs ont été étudiés pour juger de leur incidence éventuelle sur le pronostic. Selon l'opinion la plus généralement admise par les auteurs une évolution défavorable est à craindre si l'on relève :

- une absence d'obésité avant ou après l'hospitalisation
- un âge élevé au début de l'amaigrissement ou de l'aménorrhée
- un amaigrissement lent ou une hospitalisation tardive après son installation.
- un intervalle long ou au contraire inférieur à un an entre la puberté et l'aménorrhée
- une aménorrhée qui se prolonge au-delà de 5 à 7 ans
- des vomissements lors de l'hospitalisation
- des antécédents de troubles dyspeptiques dans l'enfance.

L'absence de facteur déclenchant : en fait le rôle de ce dernier est surtout précipitant et leur importance est petite en face de la personnalité de la malade.

Pour certains auteurs, mais pas pour tous : des troubles névrotiques marqués dans l'enfance et particulièrement une quête affective, des réactions hystériques au-delà de 10 - 11 ans et un caractère schizoïde lors de l'hospitalisation, des manifestations obsessionnelles, de conversions hystériques, de dépression non névrotique

Un bas niveau d'éducation
La négation de l'état psychologique morbide
Une sortie contre avis médical
Un couple parental désuni
Des soeurs nombreuses et plus âgées
Un mariage antérieur et pendant la maladie
Un intérêt exclusivement intellectuel au cours de l'hyper-activité.

Par contre, l'évolution n'est pas significativement influencée par : le poids de naissance, la rapidité de l'engraissement, la durée de l'hospitalisation, le poids de sortie, les rechutes, l'existence d'une aménorrhée, la qualité des cycles avant le début de la maladie, l'âge de la puberté, l'intervalle entre l'aménorrhée et l'amaigrissement, la constipation avant et pendant la maladie, les plaintes digestives pendant celle-ci, une mère dominée, la profession du père et sa perte, le rang dans la fratrie et l'hyperactivité au début de la maladie.

La multiplicité des éléments qui peuvent conditionner le pronostic, tels que nous les avons étudiés après de nombreux auteurs, montre bien la difficulté d'apprécier ce pronostic.

Cerner cette question de plus près en réussissant à hiérarchiser avec précision ces multiples données permettrait un progrès nécessaire compte tenu du fait que l'évolution de l'anorexie mentale est loin d'être aussi favorable qu'il n'est classique de le dire.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ALBEAUX - FERNET M.
L'anorexie mentale
Rev. Prat. 11, 26, 2621 - 2633 (1961)
- 2 - ALLIEZ J.L., CODACCIONI et GOMILLA J.
Anorexies mentales masculines.
Ann. Méd. Psycho, 112, 2, 5, 697 - 711 (1954)
- 3 - ALLISON R.S. et DAVIES R.P.
The treatment of functional anorexia
Lancet, 1, 902 (1931)
- 4 - BARTEL E.D.
Studies on hypometabolism, Anorexia nervosa
Acta Med. Scand., 126, 2, 185 - 211 (1946)
- 5 - BECK J.C. et BROCHNER-MORTENSEN K.
Observation on the prognosis in anorexia nervosa.
Acta Med. Scand., 149, 6, 409 - 430 (1954)
- 6 - BERGMANN G. (Von)
Magerkeit und magersucht
Deutsche med. Wochenschr. 60, 123 - 157 (1934)
- 7 - BERKMAN J.M.
Anorexia Nervosa : The diagnosis and treatment of inanition
resulting from functional disorders.
Ann. Intern. Med. 22, 679 - 691 (1945)
- 8 - BEAMAN L.
The treatment of a type of malnutrition (Simmonds' disease-like)
with prepituitary growth hormone
New-York J. Med. 35, 916 (1935)
- 9 - BESANCON G.
L'anorexie mentale
Med. Interne 8, 5 bis, 91 - 98, (1973)
- 10 - BESANCON G.
Signification et pronostic de l'anorexie mentale chez la femme
adulte.
Rev. Neuro-Psychiat. de l'Ouest; 10, 25, 3 - 21 (1969)
- 11 - BEUGEN L. (Van), KROPVELD E., DE GRAEFF J., SMEENK D. et QUERIDO A.
Anorexia nervosa : een studie van 33 patiënten
Ned. T. Geneesk., 105, 464 - 470 (1961)
- 12 - BIRLEY J.L.
Anorexia nervosa - a clinical lecture
St Thomas's Rep. 34, 204 (1933)

- 13 - BLISS E.L. et BRANCH C.H.H.
Anorexia nervosa
Hoeber Book, New York (1960), 1 vol.
- 14 - BOURGEOIS P.
Les limites de l'image du corps dans l'anorexie mentale
Evol. Psychiat. 38, 1, 73 - 121 (1973)
- 15 - BOUTONNIER J. et LEBOVICI S.
Le rôle de la mère dans la genèse de l'anorexie mentale.
Cahier Psych., 2, 3 - 9 (1948)
- 16 - Anorexia Nervosa
British Med. J. 5781, 183 - 184 (1971)
- 17 - BROWNING C.H. et MILLER S.I.
Anorexia nervosa : a study i prognosis and management
Amer. J. Psychiat. 124, 1128 - 1132 (1968)
- 18 - BRUCH H.
Anorexia nervosa and its différential diagnostic
J. of Nerv. and Mental Disease, 141, 5, 555 - 556 (1966)
- 19 - BRUCH H.
Hunger and Instinct
J. Nervy;Ment. dis., 149, 2, 91 - 114 (1969)
- 20 - CARRIER J.
L'anorexie mentale des adolescents. Aspects cliniques et thérapeu-
tiques actuels.
J. Med. Lyon, 44, 1437 - 1476 (1963)
- 21 - CERESA F.
L'anorexie mentale de l'adolescent et de l'adulte.
Les maigreur - La dénutrition et l'anorexie mentale. Expansion
edit. 1965. Paris, 1 vol.
- 22 - CLAUSER G.
Das anorexia nervosa problem unter besonder berücksichtigung der
pubertät - magersucht und ihrer Klinischen bedeutung.
Erg. inn. Med. 21, 97 (1964)
- 23 - CRATER B. et BOUET DU BOIS N.
Régression psychotique et représentation du corps chez un garçon
anorexique mental.
Rev. Neuro-Psychiat. Infant. Hyg. mentale 21, 12, 767 - 773 (1973)
- 24 - CREMIEUX A. et DONGIER M.
Observations statistiques sur les familles où survient une anorexie
mentale.
Ann. Médico-Psychol., 114, 639 - 641 (1956)
- 25 - CRISP A.H.
Some aspect of the évolution, presentation and follow-up of anorexia
nervosa.
Proc. roy. Soc. Med. 58, 814 - 820 (1965)

- 26 - CRISP A.H.,
Anorexia nervosa
Hosp. Med., 1, 713 (1967)
- 27 - CRISP, A.H., Mac KINNON, P.L.B., CHEN, C., et CORKER, C.S.
Observations of gonadotropic and ovarian hormone activity
during recovery from anorexia nervosa.
Mostgrad. med. J. 49, 574, 584 - 590 (1973)
- 28 - DALLY, P. J. et SARGANT, W.
A new treatment of anorexia nervosa.
British Med. J. 1, 1770 - 1773 (1960)
- 29 - DALLY, P.J.
Anorexia nervosa. Pronostic factor and the effect of treatment.
In 3è congrès mondial de Psychiatrie, Montréal, 2ème volume
1019 - 1021 (1961)
- 30 - DALLY, P.J. et SARGANT, W.
Treatment and outcome of anorexia nervosa
Brit. Med. J., 2, 793 - 795 (1966)
- 31 - DALLY, P.J.
Anorexia nervosa - long - term follow up and effects of treatment
J. Psychosom Res., 11, 151 - 155 (1967)
- 32 - DALLY, P.J.
Anorexia nervosa
London, Heinmann ed., 1 vol., (1969)
- 33 - DAYMAS, S.
Psychothérapie individuelle de l'anorexie mentale. I - conduite
de la psychothérapie.
Rev. Neuro-Psychiat. inf. et Hygiène ment. de l'enfance. 21, 3,
173 - 175 (1973)
- 34 - DEBRE R., MOZZICONACCI P. et DOUMIC A.
Etude psychosomatique de l'anorexie
Sem. des Hôp. Paris, 26, 11, 456 - 463 (1950)
- 35 - DECOURT J.
Anorexie mentale et cachexie dite hypophysaire (réflexions tirées
de 13 observations)
Paris méd., 23, 249 (1946)
- 36 - DECOURT J., JAYLE M.F., LAVERGNE G.H., et MICHARD J.P.
L'aménorrhée des anorexies mentales. Notions cliniques. Etude
biologique et biochimique
Ann. endocrino., 11, 6, 571 - 592 (1950)
- 37 - DECOURT J., JAYLE M.F., LAVERGNE G.H. et MICHARD J.P.
Nosologie de l'anorexie mentale.
Presse Med., 59, 792 - 798 (1951)
- 38 - DECOURT J.
Traitement des cachexies oligophagiques d'origines psychonévrotique
(anorexie mentale - anorexia nervosa)
In : Les maigreurs, La dénutrition et l'anorexie mentale.
Paris (1965) L'expansion éd. 1 vol.

- 39 - DELAY J.
La narco-analyse d'une anorexie mentale.
Presse Med., 40, 577 - 578 (1949)
- 40 - DEMARET
Nouvelles données cliniques et éthologiques sur l'anorexie
mentale de la jeune fille.
Acta Psychiat. belg., 72, 3, 424 - 427 (1972)
- 41 - DEMOULIN C.
L'anorexie mentale.
Ann. med. Psychol., 127, 375 - 394 (1969)
- 42 - DUBOIS F.S.
Compulsion neurose with cachexia (Anorexia nervosa)
Amer. J. Psychiat., 106, 107 - 115 (1949)
- 43 - DUBOIS F.S.
Anorexia nervosa. A re-evaluation of the problem.
J. Insurance Med, 5, 1, (1950)
- 44 - DUBOIS R.
De l'anorexie mentale comme prodrome de la démence précoce.
Ann. Med. Psycho., 10, 431 (1913)
- 45 - DUDDLE M.
Au increase of anorexia nervosa in a university population.
Brit. J. Psychiat. 123, 577, 711 - 712 (1973)
- 46 - DURAND CH.
La psychogène et le traitement de l'anorexie mentale
Helvetica Medica Acta, 22, 368 - 383 (1955)
- 47 - ESCAMILLA R.F. et LISSER H.
Simmonds' disease : a clinical study with review of the literature ; differentiation from anorexia nervosa by statistical analysis of 595 cas, 101 of with were proved pathologically
J. Clin. Endocrinol., 2, 65 (1942)
- 48 - ESCOUROLLE, R.
Anorexie mentale
Presse med., 71, 46, 2201 - 2204 (1963)
- 49 - EVANS J.C.G.
Anorexia nervosa
The lancet, 1, 269 - 269 (1939)
- 50 - FARQARSON R.F. et HYLAND H.H.
Anorexia nervosa : the course of 15 patients treated from 20 to 30 years previously.
The Canadian Medical Ass. J., 94, 9, 411 - 419 (1966)
- 51 - FERON J.
L'anorexie mentale, position actuelle du problème.
Thèse Med, Paris, (1956)

- 52 - GREENBLATT R.B., BARFIELO W.E. et CLARK S.L.
The use of A.C.T.H. and cortisone in the treatment of anorexia nervosa.
J.M.A. Georgia, 40, 299 (1951)
- 53 - GROSSMAN H.
Etude endocrinienne de 12 cas d'anorexie mentale.
Thèse Med, Paris (1957)
- 54 - GULL W.
Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica)
Trans. Clin. Soc. London, 7, 22 (1874)
- 55 - GUINET P. et VEDRINNE J.
Données endocrinologiques actuelles de l'anorexie mentale
J. Med. Lyon, 44, 1040, 1417 - 1435 (1963)
- 56 - HALMI K., BRODLAND G. et LONEY J.
Prognosis in Anorexia Nervosa.
Ann. of Internal Medecine, 78, 6, 907 - 909 (1973)
- 57 - HELD R.R.
Signification de la faim, de l'appétit et du refus d'aliments.
Le point de vue du psychiatre psychanalyste.
In. Les maigreurs, la dénutrition et l'anorexie mentale.
Expansion Paris éd. (1965) 1 vol.
- 58 - HERTZ
Nervous Anorexia
Act. Med. Scand., 142, 266, 523 - 527 (1952)
- 59 - JARDIN F.
La psychothérapie "institutionnelle" de l'anorexie mentale.
III. L'abord des familles au cours de l'hospitalisation.
Rev. Neuro-Psychiat. inf. et d'Hygiène ment. de l'enfance.
21, 3, 167 - 171 (1973)
- 60 - JENOUDET L.P. et GUERIN J.C.
L'anorexie mentale.
J. Med. Lyon, 54, 1244, 289 - 302 (1973)
- 61 - KANIS J.A., BROWN P., FITZPATRICK K., HIBBERT J., HORN D.B.,
NAIRN I.M., SHIRLING D., STRONG J.A. et WALTON H.J.
Anorexia nervosa : a clinical psychiatric and laboratory study :
I. Clinical and laboratory investigation.
Quart. J. Med, 43, 170, 321 - 338 (1974)
- 62 - KAY D.W.K.
Anorexia nervosa : a study in prognosis
Proc. Roy. Soc. Med., 46, 669 - 674 (1953)
Analyse in Ann. Medico-Psychol. 2, 127 (1954)
- 63 - KAY D.W.K.
The natural history, treatment and prognosis of anorexia nervosa
based on a study of 38 patients.
J. Ment. Sc, 100, 411 - 431 (1954)

- 64 - KAY D.W.K. et SCHAPIRA K.
Prognosis in anorexia nervosa.
Anorexia Nervosa, ed. J.E. MEYER et H. FELDMAN, p. 113
Stuttgart, Thieme, (1965) 1 vol.
- 65 - KAY D.W.K., SCHAPIRA K. et BRANDON S.
Early factor in anorexia nervosa compared with non anorexic
group. A preliminary report with a discussion of methodology.
J. of Psychosoma. Reseach., 11, 133 - 139 (1967)
- 66 - KAY D.W.K., SCHAPIRA K. et MAYER J.
Psychiatric observations on anorexia
Adv. Psychosom. Med. (Switz), 7, 277 - 300 (1972)
- 67 - KENDELL R.E., HALL D.J., HAILEY A. et BARBIGIAN H.M.
The épidemiology of anorexia nervosa.
Psychol. Med., 3, 2, 200 - 203 (1973)
- 68 - KING A.
Primary and secondary anorexia nervosa syndroms
Brit. J. Psychiat., 109, 470 - 479 (1963)
- 69 - KESTENBERG E. et J., DECOBERT S.
La faim et le corps.
Ed. P.U.F. Paris (1972) 1 vol.
- 70 - KLOTZ H.P. et LUMBROSO P.
Remarques cliniques, pathogéniques et thérapeutiques sur
l'anorexie mentale. La notion d'abiorexie.
Sem. Hôp. Paris, 31, 8, 440 - 445 (1955)
- 71 - KLOTZ H.P. et CAURIER - JOUIN D.
L'amenorrhée dans l'anorexie mentale.
Ann. Médecine Interne, 124, 11, 789 - 791 (1973)
- 72 - LABBE P.
L'anorexie mentale. Données récentes sur la pathogénie.
Acta neurolog. Belg., 52, 164 - 174 (1952)
- 73 - LABOUCARIE J. et BARRES P.
Les aspects cliniques, pathogéniques, et thérapeutiques de
l'anorexie mentale. (d'après 50 observations)
L'Evolution psychiatrique, 1, 119 - 146 (1954)
- 74 - LABOUCARIE J. et BARRES P.
Les anorexies mentales.
Encyclop. Med. Chir. 37 350, A₁₀, 1 - 16 (1970)
- 75 - LASEGUE E.C.
De l'anorexie hystérique
Arch. gén. méd., 1, 385 (1873)
- 76 - LAUNAY Cl.
Anorexie nerveuse de la petite enfance
In : Les maigreurs, la dénutrition et l'anorexie mentale
Expansion Ed. Paris (1965) 1 vol.

- 77 - LAUNAY Cl.
L'anorexie mentale juvénile. Préambule de la journée.
(Journée de travail de l'hôpital Hérold, avril 1971)
Revue Neuro-Psychiat. infant. et d'Hygiène ment. de l'enfance,
21, 3, 129 - 130 (1973)
- 78 - LESSER L.I., ASHENDEN B.J., DEBUSKEY M. et EISENBERG L.
Anorexia nervosa in children
Amer. J. orthopsych., 30, 3, 572 - 580 (1960)
- 79 - LOEB L.
The clinical course of anorexia nervosa
Psychosomatics. 5, 345 - 347, (1964)
- 80 - LOO P. et DUFLLOT J.P.
L'anorexie mentale.
Ann. Méd. Psychol. 116, 4, 734 - 750 (1958)
- 81 - MAC CULLAGH E.P. et TUPPER W.R.
Anorexia nervosa
Ann. Intern. Med., 14, 817 - 838 (1940)
- 82 - MALE P.
L'anorexie mentale juvénile. Conclusion.
Revue Neuro-Psychiat. inf. et d'hygiène ment. de l'enfance
21, 3, 183 - 184 (1973)
- 83 - MARANON G.
Contexte psychologique des maigreurs.
Path. et Biol., 7, 5-6, 561 - 566 (1959)
- 84 - MAWSON A.R.
Anorexia nervosa and the regulation of intake : a review
Psychological Med., 4, 289 - 308 (1974)
- 85 - MEYER J.E.
Das syndrom der anorexia nervosa. Katamnestische untersuchungen
Archiv. für Psychiatric und Nerven - Krankheiten, 202, 31 - 59
(1961)
- 86 - MICHARD J.P.
Etude clinique et biologique de l'anorexie mentale.
Thèse Med., Paris, (1950)
- 87 - MICHAUX L. et GEORGES-JANET L.
Un facteur d'anorexie mentale des adolescentes. La répudation
des soucis matériels, l'affirmation de l'intellectualisme pur.
Press. méd., 64, 9, 181 - 183 (1956)
- 88 - MICHAUX L.
Communication sur le thème des anorexies mentales : "Quelques
points préliminaires sur l'anorexie mentale.
Ann. Med. interne, 124, 8-9, 631 - 633 (1973)
- 89 - NEMIAHH J.C.
Anorexia nervosa. A clinical psychiatric study.
Medecine 29, 225 - 268 (1950)

- 90 - NEMIAH J.C.
Anorexia Nervosa, fact and theory
Am. J. Dig. Dis., 3, 249 - 274 (1958)
- 91 - NEMIAH J.C.
The psychosomatic nature of anorexia nervosa
Adv. Psychosom. Med, 7, 316 - 321 (1972)
- 92 - NGUYEN - HIEU - LIEM J.
Les anorexies mentales conceptions actuelles
Thèse Paris (1972)
- 93 - NOVELIOUSKAYA K.A.
Une forme de réaction pathologique prolongée à la puberté
(L'anorexie mentale de l'adolescence)
Z. Neuropat. Psychiat., 1817, 861 - 866 (1958)
- 94 - PEIGNE F. et DUREAU F.
Thérapeutiques actuelles des anorexies
Le progrès médical, 16, 677 - 680 (1964)
- 95 - POROT M., COUDERT A.J., et FLENAT M.
Les significations d'une anorexie mentale.
Rev. Med., 14, 33, 2123 - 2130 (1973)
- 96 - POROT D.
Les psychothérapies dans l'anorexie mentale.
Les entretiens de Bichat 1974, psychiatrie. Expansion scient.
Ed., 1 vol.
- 97 - PUJOL R., PACHE D., BILLE J. et CHABERT G.
Anorexie mentale évoluant depuis douze ans. Guérison symptomatique
par sismothérapie.
Ann. Med. Psych. 112, 471 - 472 (1964)
- 98 - QUERITET M.C.
L'anorexie mentale. Etude clinique, psychopathologique et thé-
rapeutique à propos de 150 cas cliniques
Thèse Med. Toulouse (1965)
- 99 - RAIMBAULT A.
Le syndrome "Anorexie Mentale". Etude sémiologique et pronostique
Thèse Med. Paris (1914)
- 100 - RICHARDSON H.G.
Anorexia nervosa
Arch. Int. Med. 63, 1 (1939)
- 101 - ROGE G.
La psychothérapie "institutionnelle" de l'anorexie mentale :
II. Le rôle du personnel para-médical.
Revue Neuro-Psychiat. inf. et d'Hygiène ment. de l'enfance
21, 3, 163 - 166 (1973)

- 102 - ROLLAND M.
La psychothérapie "institutionnelle" de l'anorexie mentale.
I. Principes généraux.
Revue Neuro-Psychiat. inf. et d'hygiène ment. de l'enfance.
21, 3, 157 - 162 (1973)
- 103 - ROSS T.A.
An enquiry into prognosis in the neuroses
Cambridge Univ. Press. 1936, 84.
- 104 - RYLE J.A.
Anorexia nervosa
Lancet; 2, 893 (1936)
- 105 - SAMUEL - LAJEUNESSE B., TOMKIEWICZ S., NATHAN-KAHN J. et
KLOTZ H.P.
Le devenir des anorexies mentales (enquête catamnétique)
Les maigreurs, la dénutrition et l'anorexie mentale - Problèmes
actuels d'endocrinologie et de nutrition, n° 9, 355 - 386 (1965)
- 106 - SAMUEL - LAJEUNESSE B.
Le pronostic de l'anorexie mentale.
Thèse Med. Paris (1966)
- 107 - SCHERRER P. QUINIOU - VIDALENCE E. et MAILLARD M.
Anorexie mentale et hystérie.
Ann. Médico-Psychol., 2, 5, 672 - 684 (1972)
- 108 - SEIDENSTICKER J.F. et TZAGOURNIS M.
Anorexia nervosa. Clinical feature and long term follow - up.
J. Chron. Dis, 21, 361 (1968)
- 109 - SELVINI M.P.
L'anoressia mentale.
Biblioteca de psichiatria e di psicologia clinica. 1 vol. Ed.
Feltriny, Milan (1963) (Analyse par EY H., in Evol. Psychiat.,
1965, 30, 1, 177 - 187.)
- 110 - SEXTON D.L.
The diagnosis and treatment of anorexia nervosa.
Ann. West. Med et surg., 4, 397 (1950)
- 111 - SLADE P.D. et RUSSEL G.F.M.
Awareness of body dimensions in anorexia nervosa cross-sectional
and longitudinal studies
Psychol. Med., 3, 2, 188 - 189 (1973)
- 112 - SMALL S.M. et MILHORAT A.T.
Anorexia nervosa : Metabolism and its relation to psychopathologie
reactions
Am. J. Psychiat., 100, 681 (1944)
- 113 - SOULAIRAC A.
La régulation psychophysiologique de la faim. Rapport à la réunion
des physiologistes de langue française 1958 du Journal de Physio-
logie. 50, 3, 663 - 683 (1958)

- 114 - THEANDER S.
Anorexia nervosa, a psychiatric investigation of 96 female patients.
Acta Psychiat. Scand. (suppl.) 214, 1 - 194 (1970)
- 115 - THOMA H.
Anorexia nervosa
1 Vol. Hubert Klett Ed., Bern, Stuttgart, (1961)
- 116 - THOMA H.
Treatment
Adv. Psychosom. Med. Hunger and satiety in Health and Disease.
7, 300 - 313 (1972)
- 117 - TISSOT A.
Le problème mental de l'anorexie. II - peut-on parler d'une structure de personnalité propre à l'anorexie mentale.
Revue de Neuro-Psychiat. inf. et d'Hygiène ment. de l'enfance.
21, 3, 151 - 155 (1973)
- 118 - TOLSTRUP K.
Die Charakteristika der Jungeren Fälle von anorexia nervosa.
In MEYER J.E., 1965. FELDMANN H. Anorexia Nervosa Symposium
Göttingen, Stuttgart.
- 119 - TOMKIEWICZ S., SAMUEL-LAJEUNESSE, B. et KLOTZ M.P.
Recherches des éléments de pronostic dans l'anorexie mentale.
Problèmes actuels d'endocrinologie et de nutrition :
Les maigreur, la dénutrition et l'anorexie mentale, 9, 387 - 415 (1965) Expansion Paris Ed.
- 120 - VAGUE J., SIMONIN R. et BVAGUE Ph.,
Traitement des maigreur.
Problèmes actuels d'endocrinologie et de nutrition :
Les maigreur, la dénutrition et l'anorexie mentale, 9, (1965)
Expansion Paris Ed.
- 121 - VENABLE J.F.
Anorexia nervosa ; a study of the pathogénis and treatment of nine case.
Guys's Hosp. Rep., 80, 213, (1930)
- 122 - WALL J.H.
Diagnosis, Treatment and result in anorexia nervosa.
Amer. J. Psychiat., 115, 997 - 1001 (1959)
- 123 - WOLF A.
Etude clinique et pronostique de 50 cas d'anorexie mentale de la jeune fille.
Revue Neuro-Psychiat. inf. et d'Hygiène ment. de l'enfance.
21, 3, 131 - 138 (1973)
- 124 - WOLF M.L.
Le risque métabolique au cours de l'anorexie mentale.
Rev. Neuro-Psychiat. inf. et d'hygiène ment. de l'enfance.
21, 3, 139 - 144 (1973)

125 - ZIOLKO H.U.

Anorexia nervosa

Fortschr. Neurol. Psychiât., 34, 353 (1966)

"Par délibération de son conseil en date du 10 novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs".

VU, le Président de Thèse,

VU, le Doyen de la Faculté,

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université en
date du 14 décembre 1973

Le Président de l'Université de CAEN,

